

# Reformy zdrowotne

---

UNIWERSALNY KŁOPOT

Cezary Włodarczyk

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Seria: Nauki o Zdrowiu

RADA NAUKOWA

*Tomasz Brzostek* (Instytut Pielęgniarstwa CM UJ)

*Antoni Czupryna* (Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ)

*Martin Gajos* (Sheffield Hallam University)

*Stanisława Golinowska* (Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ)

*Helena Lenartowicz* (Instytut Pielęgniarstwa CM UJ)

*Johannes A.M. Maarse* (Faculty of Health Sciences, Maastricht University)

*Malcolm Whitfield* (School of Health & Related Research, University of Sheffield)

*Cezary Włodarczyk* (Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ)

Publikacja sfinansowana ze środków KBN – grant nr 5H02E00620(268/H02/2001/20)

RECENZENT

*Prof. dr hab. Stanisława Golinowska*

PROJEKT OKŁADKI I STRON TYTUŁOWYCH

*Marcin Bruchnalski*

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

*Władysława Bulsza*

KOREKTA

*Barbara Cabala*

© Copyright by Cezary Włodarczyk & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wydanie I, Kraków 2003

All rights reserved

ISBN 83-233-1716-X

[www.wuj.pl](http://www.wuj.pl)

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Karmelicka 27/4, 31-131 Kraków

Tel. (012) 423-31-87

Dystrybucja: ul. Bydgoska 19 C, 30-056 Kraków

Tel. (012) 638-77-83, 636-80-00 w. 2022, 2023, fax (012) 423-31-60

Tel. kom. 0506-006-674, e-mail: [wydaw@if.uj.edu.pl](mailto:wydaw@if.uj.edu.pl)

Konto BPH PBK SA IV/O Kraków nr 62 1060 0076 0000 3200 0047 8769

## SPIS TREŚCI

Wstęp .....	9
-------------	---

### CZĘŚĆ I

Rozdział 1: Reforma zdrowotna .....	19
1.1. Elementy definicji .....	20
1.1.1. Reforma jako złożony proces .....	20
1.1.2. Wątki normatywne .....	25
1.1.3. Zakres i głębokość zmian .....	26
1.1.4. Poziomy użycia pojęcia .....	28
1.2. Polityczne uwikłania .....	30
1.2.1. Zależności na poziomie koncepcji .....	31
1.2.2. Rozpoczynanie reform .....	33
1.2.3. Uwikłania implementacji .....	35
1.2.4. Uwarunkowania efektywności reformy .....	35
1.3. Aktorzy .....	39
1.3.1. Zasady wyodrębnienia .....	40
1.3.2. Problemy interpretacyjne .....	41
1.4. Cele i zasady .....	44
1.4.1. Cele systemów zdrowotnych .....	45
1.4.2. Cele reform .....	48
1.4.3. Kontekst polityki społecznej .....	50
1.4.4. Propozycje Raportu WHO 2000 .....	51
1.4.5. Standardy sprawiedliwości .....	52
1.5. Fazy procesu .....	53
1.5.1. Koncepcja G. Walt .....	54
1.5.2. Koncepcja I. Morrisona .....	56

### CZĘŚĆ II

Rozdział 2: Przebieg zdarzeń .....	63
2.1. Charakterystyki ogólne .....	63
2.1.1. Australia .....	63
2.1.2. Austria .....	65

2.1.3. Belgia.....	67
2.1.4. Czechy.....	68
2.1.5. Dania.....	69
2.1.6. Finlandia.....	71
2.1.7. Francja.....	73
2.1.8. Hiszpania.....	76
2.1.9. Izrael.....	78
2.1.10. Norwegia.....	79
2.1.11. Portugalia.....	80
2.1.12. Węgry.....	82
2.1.13. Włochy.....	85
2.2. Charakterystyki szczegółowe.....	87
2.2.1. Holandia (ewolucja, elementy konkurencji, nowe inicjatywy).....	87
2.2.2. Kanada (płaszczyzny konfliktów, nowe otwarcie).....	91
2.2.3. Niemcy (wczesne zmiany, w stronę rynku, efekty konkurencji, częściowy odwrót od rynku).....	94
2.2.4. Nowa Zelandia (pierwszy projekt, poważne wątpliwości, rezygnacja z rynku)...	99
2.2.5. Szwecja (decentralizacja i eksperymenty, socjaldemokratyczna korekta, tymczasowa ocena efektów).....	103
2.2.6. USA (propozycje reform, reakcja na propozycje Clintona, interpretacje, opieka zarządzana, sprawy zdrowia publicznego).....	106
2.2.7. Wielka Brytania (projekt reformy, kolejki, nowy program, nowe podejście do zarządzania, nowa sytuacja).....	111
Rozdział 3: Lekcje z procesu reform.....	119
3.1. Perspektywy teoretyczne.....	120
3.1.1. Poszukiwanie paradygmatu.....	120
3.1.2. Modele reformy.....	123
3.1.3. „Perspektywy” reformy.....	124
3.1.4. Modele procesu reformowania.....	125
3.1.5. Stewardship.....	126
3.1.6. Regulacja.....	128
3.1.7. Weryfikacja koncepcji „nowego instytucjonalizmu”.....	130
3.2. Niektóre ustalenia empiryczne.....	131
3.2.1. Szwecja.....	132
3.2.2. Nowa Zelandia.....	133
3.2.3. Wielka Brytania.....	133
3.2.4. Niemcy.....	136
3.3. Wspólne narzędzia.....	136
3.3.1. Wczesne wnioski.....	137
3.3.2. Dostrzeganie różnic.....	139
3.4. Doświadczenia dotyczące procesu.....	141

3.4.1. Konsekwencje politycznych uwikłań.....	141
3.4.2. Doświadczenia amerykańskie .....	143
3.4.3. Doświadczenia europejskie .....	145
3.4.4. Doświadczenia krajów przechodzących transformację .....	147
3.5. Doświadczenia dotyczące treści reform .....	150
3.5.1. Model europejski.....	150
3.5.2. Porządkowanie celów.....	153
3.5.3. Spory o rynek .....	154
3.5.4. Rynek w krajach bogatych .....	155
3.5.5. Niedogodności rynku zdrowotnego .....	156
3.5.6. Konkurencja między szpitalami .....	157
3.5.7. Synteza europejska .....	158
3.5.8. Ograniczenie stosowania mechanizmu rynkowego .....	160
3.5.9. Społeczne ubezpieczenie zdrowotne .....	161
3.6. Zalecenia praktyczne .....	162
3.6.1. Zasady deregulacji.....	162
3.6.2. Zyskanie wsparcia politycznego .....	163
3.6.3. Spójność zmian finansowych .....	165

### Część III

Rozdział 4: Reforma w Polsce w latach 1997–2001 .....	169
4.1. Faza pierwsza: proces .....	170
4.1.1. Poszukiwanie koncepcji .....	170
4.1.2. Instytucje wdrażające .....	176
4.1.3. Konfliktowe wydarzenia .....	178
4.1.4. Sprawy POZ.....	179
4.1.5. Nadzór sanitarny.....	180
4.2. Faza pierwsza: model.....	182
4.2.1. Kasy chorych.....	183
4.2.2. Świadczeniodawcy .....	185
4.2.3. Administracja samorządowa .....	187
4.2.4. Instytucje koordynacyjne i kontrolne .....	188
4.2.5. Dostępność .....	190
4.2.6. Dynamika systemu .....	191
4.2.7. Błędy wdrożenia.....	194
4.3. Faza druga: ewolucja i interwencje.....	197
4.3.1. Sprawy publicznej odpowiedzialności .....	199
4.3.2. Funkcje kontrolne i koordynacyjne.....	202
4.3.3. Dostępność świadczeń dla studentów .....	205
4.3.4. Dyskusje o ustroju ochrony zdrowia .....	207
4.3.5. Dyskusje o prywatyzacji .....	209
4.3.6. Państwowe Ratownictwo Medyczne .....	212

4.3.7. Odbiór społeczny.....	215
4.3.8. Próba częściowej korekty.....	220
Rozdział 5: Reforma w latach 2001–2002.....	223
5.1. Nowe dziedzictwo.....	224
5.1.1. Fakty.....	224
5.1.2. Zasoby.....	224
5.1.3. Korzystanie.....	228
5.1.4. Opinie.....	229
5.2. Diagnozy.....	231
5.2.1. Rozmyta odpowiedzialność.....	232
5.2.2. Problem niedofinansowania.....	238
5.2.3. Szara i czarna strefa.....	240
5.3. Działania.....	242
5.3.1. Współpraca z dyrektorami kas.....	242
5.3.2. Wyrównanie finansowe.....	243
5.3.3. Pogotowie.....	244
5.3.4. Leki.....	245
5.3.5. Reforma kas.....	246
5.3.6. Nadzór sanitarny.....	247
5.4. Poszukiwanie strategii.....	248
5.4.1. Propozycje wyborcze.....	248
5.4.2. Dokumenty strategiczne.....	249
5.4.3. Diagnoza.....	250
5.4.4. Świadczeniodawcy w strategicznych dokumentach.....	252
5.4.5. Problem motywacji.....	254
5.4.6. Debata.....	256
5.5. Nowy model – Narodowy Fundusz Zdrowia.....	258
5.5.1. Konstrukcja Funduszu (uprawnienia, działania funduszu, struktura funduszu, plany jako narzędzie działania, koncentracja władzy).....	258
5.5.2. Antycypowane konsekwencje propozycji.....	267
Zakończenie.....	271
Piśmiennictwo.....	279
Akty prawne.....	292

## WSTĘP

Trwające drugą dekadę wysiłki zmierzające do reformowania opieki zdrowotnej – podejmowane we wszystkich niemal krajach – doprowadziły do zgromadzenia bardzo dużego zbioru informacji. Niemal od początku tego procesu – od końca lat osiemdziesiątych – inicjowano próby – także poprzez intensywną współpracę międzynarodową – porządkowania różnorodnych z natury doświadczeń. Wiedza o sukcesach, a częściej niepowodzeniach, w przebudowywaniu systemów zdrowotnych stawała się wspólnym dorobkiem badaczy i decydentów. Liderzy kolejnej fazy zmian mogli sięgać do dorobku poprzedników i wyciągać wnioski z przeszłości. Z czasem jednak coraz wyraźniejsza stawała się potrzeba wykorzystywania bardziej teoretycznie rozbudowanych koncepcji, które pozwoliłyby na interpretację i wyjaśnianie procesów reformatorskich. Okazywało się bowiem coraz częściej, także z powodów całkowicie praktycznych, że nie wystarczy operowanie najbogatszą nawet informacją o zdarzeniach, jeśli nie można wpisywać ich w różnorodne konteksty, nadające im znaczenie w ramach większych całości.

W takiej sytuacji pojawiła się *explicite* sformułowana propozycja, aby w analizach reform wykorzystywać koncepcję „nowego instytucjonalizmu”<sup>1</sup>. Powołując ogólne hasło, autorzy nie wskazali jednak wprost, który z aspektów tej koncepcji wzięli pod uwagę. Tymczasem nowy instytucjonalizm – który w rzeczywistości jest już dojrzałą i mającą własną historię tradycją – ma wiele nurtów, związanych z różnymi dyscyplinami i podejściami teoretycznymi. To wewnętrzne zróżnicowanie jest istotne, ponieważ te same dyscypliny i podejścia dostarczają instrumentarium badaniom reform opieki zdrowotnej, czy szerzej: badaniom polityki zdrowotnej.

W podręcznikowym ujęciu twierdzi się, że nowy instytucjonalizm wywodzi się z ekonomicznych badań kosztów transakcyjnych i praw własności (prace R. Coase’a i O. Williamsona)<sup>2</sup>. Jednak w praktyce badawczej zalicza się do niego różne podejścia, w których akcentuje się wagę nieekonomicznych, społecznych, humanistycznych (pozarynkowych) wymiarów życia ekonomicznego: analizy organizacyjne (H. Simon, R. Cyert), „nową społeczną ekonomię” (J. Mincer, G. Becker) oraz ekonomiczną historię (R. Townsend), analizy poli-

---

<sup>1</sup> E. Mossialos, A. Dixon, *Funding health care in Europe: weighing up the options* [w:] *Funding health care: options for Europe*, E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), Open University Press, Buckingham 2002:272–300.

<sup>2</sup> The New Institutional School, [www.cepa.newschool.edu/het/schools/newinst](http://www.cepa.newschool.edu/het/schools/newinst).

tyczne, w tym „szkoła wyboru publicznego” (J. Buchanan, G. Tullock, A. Downs, W. Niskanen), ruch związany z badaniami prawa i ekonomii (R. Posner). Nacisk na wewnętrzną różnorodność omawianych koncepcji można znaleźć w wielu źródłach. R. Goodin pisał o ich wpływach na analizy procesu politycznego, powołując się na ustalenia J. Marcha i J. Olsena, że „kwestie formy i funkcji organizacji ponownie zyskały centralne znaczenie dla całości nauki o polityce”<sup>3</sup>. W polityce społecznej podkreślano znaczenie analiz, w których posługiwano się pojęciem umowy prowadzącej do ustalenia elementarnego ładu instytucjonalnego, szczególnie w dziedzinie tworzenia zasad wymiany i nadzoru nad ich przestrzeganiem<sup>4</sup>. Dotyczyło to zwłaszcza zasad sprawiedliwego podziału i uczestnictwa w dobrach<sup>5</sup>. Socjologowie wskazują własnych klasyków kładących nacisk na analizy instytucji, w tym takie nazwiska, jak: M. Weber, T. Parsons, R. Merton, G. Homans, a rosnące zainteresowanie tymi problemami może być traktowane jako powrót do tradycyjnych problemów uprawianych przez socjologów<sup>6</sup>. Przypominają także, że takie wiodące kategorie współczesnej analizy, jak kapitał społeczny, wywodzą się z prac socjologicznych takich autorów, jak E. Durkheim i G. Simmel<sup>7</sup>. Autorzy znanego podręcznika ekonomii napisali, że teoria wyboru publicznego jest gałęzią ekonomii „analizującą podejmowanie decyzji przez władze /–/ w systemie demokratycznym”<sup>8</sup>. W podejściach ekonomicznych przyjmowano przesłankę dotyczącą zachowań uczestników wymiany – nie tylko rynek, ale także zachowania polityczne były traktowane jako wymiana – którzy działają tak, by zwiększać swoją użyteczność. Aktorzy biorący udział w tym procesie stosują kalkulację zysków i strat, analogicznie jak to czyni *homo economicus*, ale użyteczność może obejmować wartości daleko wykraczające poza sprawy handlowe<sup>9</sup>. Jedną z podstawowych tez było uznanie, że politycy postępują zwykle tak, aby maksymalizować swe szanse na powtórny wybór. Bardzo wpływowy był nurt badań organizacyjnych, w których z jednej strony traktowano firmę jako autonomiczny podmiot „zachowujący się” na rynku zgodnie z dążeniem do osiągania satysfakcjonującej użyteczności, a z drugiej podnoszono kwestię barier racjonalności decyzji podejmowanych przez człon-

---

<sup>3</sup> R.E. Goodin, *Nauka o polityce* [w:] *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1998:211–243, s. 226; książka Marcha i Olsena miała znamienity tytuł: *Powtórne odkrycie instytucji* (*Rediscovering Institutions*).

<sup>4</sup> S. Golinowska, *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, PWN, Warszawa 1994, s. 32.

<sup>5</sup> S.-C. Kolm, *Dystrybucyjna sprawiedliwość* [w:] *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1998:563–593.

<sup>6</sup> V. Nee, *Sources of the New Institutionalism* [w:] *The New Institutionalism in Sociology*, M.C. Brinton, V. Nee (eds), Russell Sage Foundation Publications, New York 2001:1–16.

<sup>7</sup> A. Portes, J. Sensenbrenner, *Embeddedness and Immigration: Notes on the Social of Economic Action* [w:] *The New Institutionalism in Sociology*, M.C. Brinton, V. Nee (eds), Russell Sage Foundation Publications, New York 2001:127–150.

<sup>8</sup> P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, tom 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 220–221.

<sup>9</sup> J.M. Buchanan, *The Constitution of Economic Policy*, *The American Economic Review*, 77(3), 1987:243–250.



ków instytucji. Kategoria „ograniczonej racjonalności” stała się jednym z klasycznych pojęć wywodzących się z tego podejścia, ale stosowanym powszechnie przez przedstawicieli różnych orientacji. W związku z tym często formułowano hipotezę o satysfakcjonujących, a nie maksymalizujących motywach działań w organizacjach i w taki sposób interpretowano zachowania członków systemów biurokratycznych<sup>10</sup>. Dążenie do praktycznego wykorzystania ustaleń z tej dziedziny doprowadziło do podjęcia wielu działań zmierzających do podniesienia efektywności instytucji publicznych, w przekonaniu, że ich aktywność ma fundamentalny wpływ na jakość życia społeczeństw<sup>11</sup>. Jednak wielość podejść występujących w praktyce badawczej często utrudnia porozumienie między przedstawicielami różnych orientacji, zaliczanych do tej samej rodziny koncepcji. Jak napisała jedna z autorek, komentując jedno z kluczowych pojęć występujących w omawianych ujęciach:

„Koncepcja racjonalnego wyboru przyjmuje różne nazwy u przedstawicieli różnych dyscyplin. W naukach politycznych mówi się zwykle o »wyborze publicznym«, ekonomiści nazywają swoją orientację »neoklasycyzmem«, lub »teorią racjonalnego wyboru, psychologowie odwołują się do »teorii oczekiwanej użyteczności«, a socjologowie do »teorii racjonalnego wyboru«”<sup>12</sup>.

Fakt ten sprawia, że, postulując wykorzystanie teoretycznego dorobku w analizie reform zdrowotnych, należy zachowywać daleko idącą ostrożność jakiej twierdzenie jest rzeczywiście wykorzystywane.

Powoływanie się na znaczenie instytucji w reformach, czy szerzej: w polityce zdrowotnej, nie jest niczym nowym. Tytułem przykładu przypomnieć można, że w klasycznym opracowaniu na ten temat wskazywano, iż takie cechy, jak: stopień spójności organizacyjnej, centralizacja procesu decyzyjnego, rodzaj i umiejscowienie przywództwa, ideologia, a także wiek i historia organizacji, mają wpływ na strategiczne wybory dokonywane w sektorze zdrowotnym<sup>13</sup>. Pojęcie kapitału społecznego ma trwałe miejsce w teorii i zastosowaniach promocji zdrowia<sup>14</sup>. We wczesnej fazie reform powoływano pojęcie „publicznej firmy”, jako instytucji mogącej dobrze realizować możliwość stosowania mechanizmu rynkowego w systemie publicznym<sup>15</sup>. Jako jedną z dróg prowadzących do po-

---

<sup>10</sup> A. Downs, *Decision making in bureaucracy* [w:] *Decisions, organizations and society*, edited by F.G. Castels, D.J. Murray, D.C. Potter, The Open University Press, Harmondsworth 1971:66–85.

<sup>11</sup> Ch. Politt, G. Bouckaert, *Public management reform. A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford, New York 2000.

<sup>12</sup> M. Zey, *Rational choice theory and organizational theory: a critique*, SAGE Publications, London, New Delhi 1998, s. 1.

<sup>13</sup> B.S. Hill, K.A. Hinckley, *A Political Analysis of the Political Behavior of Health Interest Groups* [w:] *Health Politics and Policy*, 2nd edition, Th.J. Litman, L.S. Robins (eds), Delmar Publishers Inc. Albany, NY 1991:226–246.

<sup>14</sup> R. Erben, P. Franzkowiak, E. Wenzel, *People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing*, Health Promotion Journal of Australia, 9(3), 1999:179–182.

<sup>15</sup> R.B. Saltman, C. von Otter, *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1992; autorzy odwołali się wprost do koncepcji Williamsona.

prawy efektywności, autorzy wskazali na możliwość redukcji kosztów transakcyjnych drogą negocjacji. Odwołując się do instytucji, wyjaśniano niepowodzenia kolejnych reform amerykańskich<sup>16</sup>. Zresztą należy podkreślić, że wszystkie koncepcje reformatorskie, w których odwoływano się do poprawy efektywności na poziomie mikro – a więc poprzez działania instytucjonalne – jawnie lub w sposób pośredni odwoływały się do koncepcji instytucji<sup>17</sup>. Było to widoczne zwłaszcza w krajach przechodzących transformację, gdzie reforma niejednokrotnie była równoznaczna z tworzeniem nowych instytucji.

Spośród różnych nurtów omawianej koncepcji, jako szczególnie atrakcyjne traktowano analizy związane z teorią wyboru publicznego, uznawanego zwykle za jeden z jej nurtów. Powołując – jak poprzednio – tylko wybrane przykłady można stwierdzić, że ten rodzaj analizy prowadzono, badając sytuację w Szwecji, gdzie stawiano pytanie o kryteria racjonalności działań wyborców (*welfare-maximisers*), establishmentu politycznego (*vote-maximisers*) administratorów/biurokratów (*budget-maximisers*)<sup>18</sup>, a także w Wielkiej Brytanii<sup>19</sup>. Tam też prowadzono bardzo wnikliwą analizę procesu reformatorskiego, śledząc sytuację w rządowych strukturach decyzyjnych i ich otoczeniu<sup>20</sup>. Takich prac było znacznie więcej. W rzeczywistości prawie każdy dokument projektujący reformę zawierał wiele propozycji dotyczących instytucji, a w materiałach sprawozdawczych lub analitycznych, instytucjom – bardzo różnym – poświęcano sporo miejsca.

Powołani na wstępie E. Mossialos i A. Dixon nie precyzowali, który nurt nowego instytucjonalizmu chcieliby wykorzystać w swoich analizach. Powołują się jednak na książkę R. Putnama, która stanowi klasyczny przykład zastosowania tej koncepcji w variancie, który można określić jako polityczny i społeczny (przekształcanie instytucji społecznych w związku z decentralizacją i wykorzystywanie pojęcia kapitału społecznego). W książce tej znajduje się następujące sformułowanie wyjaśniające oraz przybliżające przyjmowany przez autorów sens powołanego pojęcia:

„Organizacja życia politycznego ma znaczenie, a instytucje wpływają na bieg historii (...). Działania podejmowane w instytucjach i przez instytucje zmieniają rozkład politycznych interesów, zasobów i reguł poprzez kreację nowych aktorów i tożsamości, poprzez dostarczanie aktorom kryteriów ich sukcesu lub porażki, poprzez stwarzanie reguł właściwego zachowania się i poprzez zapewnienie niektórym osobom większej niż innym

---

<sup>16</sup> S. Steinmo, J. Watts, *It's the Institution, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 20, No. 2, Summer 1995:329–371; autorzy powołali się wprost na ustalenia nowego instytucjonalizmu.

<sup>17</sup> Na przykład: M. Baker, *Making Sense of the NHS White Paper*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2000.

<sup>18</sup> C. Rehnberg, *The organization of public health care*, Health and Society, Linköping University, Linköping 1990, s. 40 i n.

<sup>19</sup> K. Lee, A. Mills, *Policy Making and Planning in the Health Sector*, Croom Helm, London, Sidney 1985.

<sup>20</sup> C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?*, King's Funds, London 2000.

władzy i znaczniejszych zasobów. Instytucje wpływają na sposób, w jaki poszczególne osoby i grupy zaczynają działać wewnątrz i na zewnątrz ustanowionych instytucji, na poziom zaufania między obywatelami i przywódcami, na wspólny język, zrozumienie i normy wspólnoty, a także na treść takich pojęć, jak demokracja, sprawiedliwość, wolność, równość”<sup>21</sup>.

Putnam relacjonował sytuację, ale nie ulega wątpliwości, że w jego rozważaniach obecny jest także wątek normatywny: opisywane przez niego instytucje mogą dobrze służyć społeczeństwu i jego integracji. Jeśli odnieść cytowane stwierdzenia do procesu reformy zdrowotnej, to nie ulega wątpliwości, że skutki wywierane przez instytucje mogą być decydujące, jakoś instytucji przesądza o działaniu sektora zdrowotnego i możliwościach ich zmiany, nie wiadomo natomiast, w jaki sposób instytucje miałyby być przekształcane. Tym jednak mają się zajmować autorzy reform.

Wpływ instytucji może mieć charakter pozytywny – kiedy instytucje zgromadziły znaczny potencjał kreatywny – częściej jednak chodzi o ograniczenia polegające na tym, że wcześniejsze wybory eliminują niektóre opcje. W innym sformułowaniu można mówić o swoistej „koleinie” procesu reformatorskiego, którego przebieg jest uwarunkowany przeszłością (*path dependent*). Na fakt trwałości różnych rozwiązań stosowanych w systemach zdrowotnych zwracano uwagę już dawniej, przed okresem popularności reform, ale w okresie szybkich i głębokich przemian tendencja do kontynuowania – często w nowej postaci – stosowanych w przeszłości mechanizmów była szczególnie uderzająca. Zaskoczeniem było także powszechne występowanie sytuacji, w których okazywało się, że instytucje nie są w stanie kreować nowych idei, a propozycje reformatorskie polegają na przedstawianiu – w różnych wariantach – niewielkiego stosunkowo zbioru tych samych pomysłów. Można to było wyjaśniać konserwatyzmem, albo brakiem kreatywności osób związanych z organizacjami, od których oczekiwano więcej, niż mogły dostarczyć, ale niewykluczone, że przyczyny leżały po stronie samych mechanizmów instytucjonalnych. Nie psychologiczne cechy ludzi, ale organizacyjne cechy instytucji sprawiały, że postęp reform tak często stawał się powodem rozczarowania. Wiele wskazuje na to, że analiza niektórych przynajmniej procesów reformatorskich może być znacząco wzbogacona, jeśli omawiana koncepcja byłaby wykorzystana.

W tej książce naszkicowaną koncepcję zamierzam wykorzystać do postawienia dwóch problemów.

Problem pierwszy dotyczy napięcia zachodzącego między ciągłością i zmianą w reformowanym systemie zdrowotnym czy raczej w jego reformowanej organizacji. Z jednej strony samo pojęcie reformy implikuje zmianę, więc trudno oczekiwać, aby przez swoich autorów reforma była wykorzystywana do konserwowania zastanych instytucji. Ale podejście do zmiany może być bardzo różne, może być dążeniem do zmiany rewolucyjnej, której wartość upatruje się

---

<sup>21</sup> Jest to wypowiedź Marcha i Olsena z książki *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics* z 1989 r., za: R. Putnam, *Demokracja w działaniu*, Znak i Fundacja Batorego, Kraków, Warszawa 1995, s.13–14.

w zdolności zerwania z rozwiązaniami stosowanymi w przeszłości, a może być dążeniem do zapewnienia płynnego charakteru przejścia, z zachowaniem, a nawet ochroną, starych instytucji i starych wzorów działania w części, którą traktuje się jako godną zachowania. Z drugiej strony, w analizie zamierzeń reformatorskich, w badaniu ich wdrożeń i postępów implementacji, można poszukiwać wpływów przeszłości, przynajmniej w dwóch aspektach. Najpierw, jako czynników na poziomie rzeczywistości wpływających na przebieg zdarzeń. Zarówno generowanie pomysłów, jak i ich recepcja i wpływ na rzeczywistość pozostają pod wpływem wcześniejszych sytuacji instytucjonalnych – nawet wtedy, kiedy ten wpływ polega na deklaracji radykalnego zerwania z przeszłością. Później, jako czynników wykorzystywanych w wyjaśnianiu tych przebiegów, na poziomie ich badania i analizy. Zrozumienie zmiany, jej kształtowania i przebiegu, a zwłaszcza oporu i sprzeciwu, może być pełniejsze dzięki stawianiu tego rodzaju pytań. W pierwszym zatem przypadku ciągłość i zmiana są problemami, wobec których staje lider reformy, w drugim obserwator czy badacz musi ustalić, w jakim stopniu przeszłość jest obecna we wdrażanych zmianach, a zwłaszcza osiągniętych efektach.

Praca składa się z trzech podstawowych części (pięciu rozdziałów). W części pierwszej przedstawiam teoretyczne wątki dotyczące koncepcji reformy, różne aspekty definicyjne i różnorodne warianty interpretacyjne. Część ta ma posłużyć przygotowaniu aparatu teoretycznego, który następnie jest stosowany w kolejnych partiach rozważań. W części drugiej analizuję przebieg reform w wybranych – ale znaczących dla ich treści – krajach świata, zwracając uwagę na spójność i konsekwencje w podejmowanych przedsięwzięciach. Omawiam także wnioski, jakie wyprowadza się – możliwie w syntetycznej postaci – z doświadczeń, które stały się udziałem sektorów zdrowotnych w ostatnich kilkunastu latach. Część trzecia jest poświęcona polskiej reformie, a szczególnie wydarzeniom zachodzącym między 1998 rokiem – przygotowanie pierwszego wdrożenia – do początku 2003 roku, kiedy nastąpił odwrót od starej reformy i zarysowanie nowego kierunku zmian.

W pracy wykorzystuję literaturę, także dokumenty polityczne i reformatorskie, materiały statystyczne i prasowe oraz dane uzyskane z kilkunastu wywiadów przeprowadzonych z wybitnymi uczestnikami analizowanych przeze mnie zdarzeń, którzy zgodzili się poświęcić swój czas – niekiedy wywiady trwały sześć godzin – dostarczając bardzo wielu, bardzo ciekawych informacji. Wywiady były prowadzone przez dr Iwonę Kowalską-Koprowską, na początku 2003 roku. Naszymi rozmówcami były następujące osoby (w porządku alfabetycznym): Krystyna Czarniecka, Maciej Dercz, Dariusz Dudarewicz, Teresa Kamińska, Andrzej Koronkiewicz, Anna Knysok, Jacek Kukurba, Krzysztof Kuszewski, Witold Masłowski, Grzegorz Opala, Maciej Piróg, Andrzej Ryś, Władysław Szkop.

W tekście wykorzystałem niemal wszystkie – niezastrzeżone – przekazane nam informacje. Nie zaznaczałem jednak w tekście autorów poszczególnych opinii. W czasie prowadzonych wywiadów niejednokrotnie były przekazywane

informacje o charakterze prywatnym, a tylko niekiedy nasi rozmówcy wyraźnie zastrzegali, że któraś informacja nie powinna być wykorzystywana. Jednak znacznie częściej intencję rozmówców można było odczytać, choć nie została werbalizowana. Szanując prywatność naszych rozmówców podjąłem decyzję o takim właśnie wykorzystaniu materiału.

W kilku przypadkach, mimo naszych wysiłków i starań naszych potencjalnych rozmówców, nie udało się doprowadzić do przeprowadzenia rozmów. Wszystkim, którzy przyczynili się do wzbogacenia mojego zasobu informacji – także mojej asystentce – składam gorące podziękowania.

Dziękuję także recenzentce, Profesor Stanisławie Golinowskiej za cenne uwagi, których wykorzystanie przyczyniło się – mam nadzieję – do poprawy treści książki. Jej braki i niedociągnięcia obciążają jedynie autora.

# **CZĘŚĆ I**



## Rozdział 1

# REFORMA ZDROWOTNA

W słowniku pojęć dotyczących opieki zdrowotnej, przygotowanym pod koniec lat 70. przez Światową Organizację Zdrowia termin „reforma” nie występował<sup>1</sup>. W zestawieniu naukowych pozycji bibliograficznych poświęconych polityce zdrowotnej, który został przygotowany na początku lat 90., pojawiał się bardzo rzadko<sup>2</sup>. Skutecznie zastępowano go słowem reorganizacja, albo wręcz pomijano, zadowalając się wskazaniem przedmiotu, który miał podlegać zmianie. Ostatnio sytuacja istotnie się pod tym względem zmieniła i termin ten jest obecnie używany bardzo często. W 2003 roku proste przeszukanie hasła *health care reform* w systemie Google przynosi informację o istnieniu ponad 1 400 tys. stron komunikatów, które obejmują dokumenty oficjalne i nieoficjalne, opinie i komentarze, wyniki badań i opracowania naukowe. Już sama liczba świadczy o skali przedsięwzięcie – uczestniczy w nim wiele krajów, propozycje i dokonania są bardzo zróżnicowane, natomiast reakcje na problem bardzo żywe. Może to zapowiadać trudności w porządkowaniu zjawisk nazywanych tym terminem, tym bardziej że mimo popularności terminu próby jego precyzyjniejszego definiowania są rzadkie. Można odnieść wrażenie, iż autorzy w zdecydowanej większości są przekonani, że zdroworozsądkowa interpretacja jest wystarczająca do komunikacji i unikania nieporozumień.

---

<sup>1</sup> J. Hogarth, *Glossary of Health Care Terminology*, Public Health in Europe 4, Regional Office for Europe, Copenhagen 1978.

<sup>2</sup> Th.J. Litman, *Bibliography* [w:] *Health Politics and Policy*, 2nd edition, Th.J. Litman, L.S. Robins (eds), Delmar Publishers Inc. Albany, NY 1991:412–473. Była wśród nich powoływana w dalszej części opracowania książka R. Alforda z 1975 r., a drugim tekstem była recenzja z tej książki.



## 1.1. Elementy definicji

W intuicyjnej interpretacji, ale także właściwie we wszystkich analizach reform zdrowotnych przygotowanych w ostatnich latach pojęcie reformy jest odnoszone do złożonego procesu, trwającego dłuższy czas. Gdyby przestrzegać tej *implicite* wprowadzonej konwencji, zwrot taki jak „proces reformatorski” byłby pleonazmem. Ale warto odnotować, że w jednej z nielicznych wyraźnie sformułowanych definicji reformy sektora zdrowotnego P. Berman twierdził, że jest to „trwała (*sustained*), celowa zmiana...”<sup>3</sup>. W pojęciu zmiany akcent jest położony na jednorazowość aktu (zdarzenia), a ponadto wrażenie jednorazowości jest wzmocnione wymogiem, by zmiany traktowane jako reforma miały trwały charakter. To antyintuicyjne postawienie sprawy jest niezgodne z sytuacją, w której samo reformowanie jako publiczna działalność opiera się na przesłance o potrzebie wprowadzania w życie powtarzających się przekształceń. Na gruncie empirii nie można bowiem znaleźć żadnych podstaw, aby sądzić, że raz osiągnięty efekt – zmiana – nadaje systemowi kształt zbliżony do ideału i nie wymaga dalszych interwencji. Trwałość zmiany jest zawsze względna i może być utrzymywana co najwyżej do czasu, kiedy podmioty oceniające dojdą do wniosku, że potrzebna jest następna zmiana. W rzeczywistości następuje to raczej wcześniej, niż później. Podejście Bermiana należy chyba odczytywać w ten sposób, że reforma powinna być postrzegana jako seria fazowo następujących po sobie przekształceń, będących samodzielnymi całościami, przedzielonych etapami swoistego bezruchu, w trakcie których system trwa w formie ustalonej. Przyjmuje się zatem, że reforma nie jest stanem permanentnym – nie można jej zatem utożsamiać ze „zwykłym” zarządzaniem – nawet, gdyby miało to być zarządzanie zmianą. Reforma jest więc czymś koncepcyjnie specyficznym, a faktycznie wyjątkowym, co musi spełniać różne warunki, o których będzie mowa.

### 1.1.1. Reforma jako złożony proces

Jednak w większości przedstawianych w literaturze definicji uwzględnia się i akcentuje dynamiczny charakter reformy, postrzeganej jako proces. Takie rozumienie jest przyjęte powszechnie w międzynarodowych analizach porównawczych<sup>4</sup>. Niekiedy podkreśla się, że powinien on mieć „stały” charakter, to znaczy występować jako jeden z wymiarów funkcji politycznych realizowanych

---

<sup>3</sup> P. Berman, *Health sector reform: making health development sustainable*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:13–28, s.15.

<sup>4</sup> Na przykład: *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellariades, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998; *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998.

w społeczeństwie, a więc wbrew sugestii przedstawionej przez Bermiana<sup>5</sup>. A. Cribb twierdził, że reformy opieki zdrowotnej „zawierają złożone i wzajemnie zależne zmiany, zamierzone i niezamierzone, zarówno spójne, jak i konfliktowe wobec siebie”<sup>6</sup>. R. Saltman pisał:

„Reforma sektora zdrowotnego nie jest funkcją liniową. Przeciwnie, jest ona realizowana na wielu szczeblach politycznych (decyzyjnych) i wykonawczych. (Jej poszczególne elementy) są realizowane w różnym tempie z różnym stopniem powodzenia”<sup>7</sup>.

Autor twierdził, że właściwą metaforą reformy jest nie tyle prosta interwencja, co raczej złożony kalejdoskop zdarzeń. Reforma może być zatem rozumiana jako swoista rama, wewnątrz której zachodzą liczne i zróżnicowane zmiany i procesy. Biorąc pod uwagę ich złożoność i skomplikowanie zależności przyczynowych, orzekanie o relacjach między działaniami reformatorskimi a efektami jest bardzo trudne, a niekiedy niemożliwe. Jeśli tak, to potrzebna jest jakaś nadrzędna kategoria, i jedną z możliwych, które mogą być stosowane, jest pojęcie reformy. Niektórzy autorzy piszą o „przeprowadzanych” zmianach – nie wspominając wprost o procesie, ale traktując ich kontynuację jako definicyjną cechę reformy<sup>8</sup>.

Reforma jako proces może być realizowana wobec różnych obiektów. W piśmiennictwie są przedstawiane w różny sposób: reforma zdrowotna<sup>9</sup>, reforma sektora zdrowotnego<sup>10</sup>, reforma systemu zdrowotnego<sup>11</sup>, reforma systemu opieki zdrowotnej<sup>12</sup>, reforma opieki zdrowotnej<sup>13</sup>, wreszcie reforma polityki zdrowotnej<sup>14</sup>. Wskazując obiekt – obiekty – poddawane reformie – a taka jest potencjalnie rola dopełnienia terminu „reforma”, można się spodziewać, że uwaga reformatorów kierować się będzie ku różnym problemom. I tak reforma sektora zdrowotnego będzie dotyczyć raczej wątków ekonomicznych, przy akcentowa-

---

<sup>5</sup> P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997, s. 3.

<sup>6</sup> A.A. Cribb, *Turn for the Better? Philosophical Issues in Evaluating Health Care Reforms* [w:] *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:171–182, s. 171.

<sup>7</sup> R.B. Saltman, *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Systems, April 2002, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

<sup>8</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

<sup>9</sup> Na przykład: L.D. Brown, M.S. Sparer, *Window Shopping: State Health Reform Politics in the 1990s*, *Health Affairs*, 20(1), 2001:50–67.

<sup>10</sup> Na przykład: J. Frenk, *Dimensions of Health Sector Reform*, *Health Policy*, 27, 1994:19–34.

<sup>11</sup> Na przykład: D. Chernichovsky, *Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, *The Milbank Quarterly*, Vol. 73, No. 3, 1995:339–372.

<sup>12</sup> Na przykład: wszystkie wydawnictwa *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.

<sup>13</sup> Na przykład: *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998.

<sup>14</sup> *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:331–347.

niu niezależności poszczególnych podmiotów, podczas gdy w reformie systemu zdrowotnego nacisk będzie położony na relację między podmiotami i uporządkowanie całości. Reforma systemu opieki zdrowotnej, podobnie jak reforma opieki zdrowotnej koncentrować się będzie prawdopodobnie na wytwarzaniu świadczeń zdrowotnych, ale z wyraźnym naciskiem na relacje współdziałania i współpracy. Reforma polityki zdrowotnej powinna skupiać się na zmianie uwarunkowań, organizacji i przebiegu procesu decyzyjnego, w którego wyniku kształtowany jest sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Jednak, analizując bardzo już dużą i stale rosnącą literaturę przedmiotu, można odnieść wrażenie, że wymienione złożone terminy są stosowane wymiennie. Użycie któregośkolwiek z nich nie przesądza konsekwentnie ani o zakresie podejmowanych zagadnień, ani o specyficznym aspekcie problemów. Dzieje się tak mimo tego, że poszczególne złożone pojęcia, zgodnie z utrwaloną już tradycją, są treściowo różne.

Kiedy używa się zbitki terminologicznej „reforma sektora zdrowotnego” albo „reforma systemu zdrowotnego” odpowiedź na pytanie, co jest przedmiotem reformy jest prosta. Zarówno bowiem pojęcie sektora, jak i systemu są w literaturze szeroko rozwijane. Problem powstaje jednak wtedy, gdy spostrzegamy, że poglądy na temat struktury systemu wcale nie są we współczesnej literaturze uzgodnione. Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej, gdy chcemy odrębnie definiować przedmiot reform dla wszystkich wskazanych wyżej złożonych pojęć, w które termin reforma bywa uwikłany. Jeśli jednak przyjąłem, że na ogół te różne uwikłania nie wpływają bezpośrednio na sposób odczytywania znaczenia reform, te bardziej szczegółowe analizy nie wydają się szczególnie obiecujące.

Pojęciem sektora posługiwał się powołany wyżej P. Berman, który do sektora zdrowotnego zaliczył „ogół polityk, programów, instytucji i aktorów dostarczających opiekę zdrowotną – zorganizowane wysiłki służące leczeniu i zapobieganiu chorobom”<sup>15</sup>. Wszystkie elementy wchodzące w skład sektora mogą lub powinny być przedmiotem reform, aby osiągnąć trwałą zmianę ich struktur lub zasad funkcjonowania.

Pojęcie systemów zdrowotnych było rozwijane w jednym z najbardziej wpływowych dokumentów ostatnich lat – Raporcie WHO z 2000 roku – w którym przyjęto, że „obejmują one wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, które są przeznaczane na działania zdrowotne”<sup>16</sup>, a wśród realizowanych funkcji znajdują się: udzielanie świadczeń, inwestycje (pozyskiwanie zasobów), finansowanie oraz właściwe zarządzanie (*stewardship*). Każda z tych funkcji jest realizowana w zdefiniowanym przez normy prawne i organizacyjne układzie instytucjonalnym i każda jest poddana regulacji określającej konieczne do stosowania procedury. Zmiany instytucji i zmiany procedur mogą być zatem traktowane jako naturalny przedmiot inicjatyw reformatorskich.

---

<sup>15</sup> P. Berman, *Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:13–28, s. 15.

<sup>16</sup> *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000, s. XI.

W wielu opracowaniach wyraźnie odróżnia się ten aspekt przedmiotu reform – systemu zdrowotnego – który wiązany był z produkcją i finansowaniem świadczeń, od aspektu decyzyjnego – układu instytucji, procedur i decyzji, które kształtowały struktury tego pierwszego<sup>17</sup>. Możliwe jest także uznanie, że proces reformatorski obejmuje trzy obszary zmian: zmiany organizacji, finansowania i produkcji świadczeń, a specyfika każdej reformy zależy od okoliczności, w jakich system działa i jakie są jego problemy. Stąd nie zawsze wszystkie wskazane obszary muszą być poddawane zmianom i proporcje między interwencjami podejmowanymi w różnych obszarach mogą być bardzo różne<sup>18</sup>. Reforma może zatem dotyczyć dowolnego aspektu, a skupienie się tylko na jednym z nich nie wyklucza możliwości traktowania danego procesu jako reformy.

K. Fierlbeck wskazywała, że w potocznym postrzeganiu problemu przedmiotem reformy zdrowotnej jest coś, co kojarzy się głównie z leczeniem chorób, co jest jednak obrazem niesłusznie zawężającym. Ponieważ jednak system zdrowotny jest osadzony w szerokim otoczeniu i pozostaje z nim w integralnych relacjach, wiele spośród tych szerszych elementów jest również przedmiotem zmian. Chodzi o kwestie wiążące się z indywidualną i zbiorową tożsamością, działalnością ekonomiczną, naukowymi paradygmatami i ideologicznymi przekonaniami, w efekcie czego system opieki zdrowotnej

„...jest źródłem kulturowej identyfikacji, ogromną gałęzią gospodarki, metodą interpretowania ludzkich aspektów życia jednostek, i polityczną areną, na której rozgrywa się walka o liczne interesy”<sup>19</sup>.

Bliższe określenie przedmiotu reform zależy także od tego, który aspekt systemu zdrowotnego jest brany pod uwagę. Na zmianę jego funkcjonowania można patrzeć od strony przyswojonych przez ludzi wzorów zachowania, albo od strony formalnych struktur organizacyjnych, przebiegu więzi informacyjnych lub technicznego współdziałania, satysfakcji i dyssatisfakcji uczestników systemu, wartości wiązanych z jego dobrym lub złym funkcjonowaniem, układu decyzyjnego i zakresów kompetencji. Wydaje się, że każdy z tych aspektów może być przedmiotem zainteresowania podczas przygotowywania i wdrażania reformy, choć w ostatnio przeprowadzanych zmianach dominowały sprawy finansowe i organizacyjne. Praktycznie jednak, niemal niezależnie od bardziej szczegółowo wyznaczanych celów reform, narzędziem, które musi być wykorzystane są normy prawne. We wszystkich współczesnych państwach funkcjonowanie systemów zdrowotnych opiera się na prawnych podstawach, a przepisy

---

<sup>17</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

<sup>18</sup> P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health Sector Reform in Sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997, s. 3.

<sup>19</sup> K. Fierlbeck, *Canadian Health Care Reform and the Politics of Decentralization* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:17–38.

regulują bardzo dużą część tego, co dzieje się w systemie. Stąd zmiany w prawie są z reguły traktowane jako jeden z najważniejszych składników reformy, który uruchamia i ukierunkowuje dalsze zmiany. Skuteczność reform zmniejsza się jednak, jeśli zmiany te są traktowane nie tylko jako warunek konieczny przekształceń, ale również jako ich warunek wystarczający.

Zdaniem wielu autorów działania reformatorskie są przedmiotem odpowiedzialności rządu<sup>20</sup>. W jednym z dokumentów napisano, że chodzi o „stały proces fundamentalnej zmiany w polityce i instytucjonalnych rozwiązaniach, kierowany przez rząd...”<sup>21</sup>. Podobnie wspomniani już H. Lieverdink i J. van der Made zwracali szczególną uwagę na intencje rządu, jako istotną przesłankę uznania danego ciągu działań za reformę. Szczególnie decyzje o podjęciu wdrożenia i jego zakresu nie mogą być ułożone poza strukturami rządowymi<sup>22</sup>. Podkreślimy jednak, że nie chodzi tu o stwierdzenie rozkładu politycznej odpowiedzialności za decyzje o sektorze zdrowotnym – taki generalny sąd musiałby być zresztą bardzo ogólnikowy – ale o składnik definiujący pojęcie reformy. Mówiąc inaczej, jeśli przedsięwzięcie polegające na inicjowaniu i wdrażaniu zmian w systemie zdrowotnym jest prowadzone przez podmiot inny, niż rząd – zakładając, że jest to technicznie możliwe – to przedsięwzięcie to nie spełnia definicyjnych warunków bycia reformą.

Uprzedzając dalsze analizy, można stwierdzić, że rola rządu w realizacji reform bywała niekiedy niezręczna. Duża część reform była bowiem nastawiona na decentralizację lub deregulację, które prowadziły do zmniejszania udziału rządu w rozstrzyganiu spraw sektora zdrowotnego. Od rządu, jako podmiotu odpowiedzialnego za reformę, oczekiwano zatem aktywności, która miała prowadzić do osłabienia jego pozycji i zakresu władzy. Rządy w wielu krajach podejmowały się takiej roli w przekonaniu, że wprowadzane zmiany będą przyczyniały się do lepszego funkcjonowania instytucji zdrowotnych, a w konsekwencji także wyższego poziomu społecznej satysfakcji. Z technicznego punktu widzenia były jedynymi w politycznej strukturze podmiotami, które zadanie takie mogły wykonać. Zmiany, niezależnie od ich treści, musiały być realizowane przez władze publiczne, także z powodu konieczności posługiwania się normami prawnymi, o czym była mowa wcześniej. Wkrótce zresztą okazało się, że zmiany decentralizacyjne wcale nie zmniejszają roli rządu, tak w tworzeniu ram funkcjonowania w nowych warunkach, jak i rozstrzygania konfliktów i sporów.

---

<sup>20</sup> R. Eldar, *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.

<sup>21</sup> P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997.

<sup>22</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

### 1.1.2. Wątki normatywne

W definicji P. Bermiana znajduje się stwierdzenie, że aktywności traktowane jako reforma „służą poprawie efektywności (*efficiency, effectiveness*) i sprawiedliwości (*equity*) tego sektora”<sup>23</sup>. Sformułowanie to wyraźnie wskazuje na jej wymiar normatywny. To, że działania reformatorskie powinny poprawiać efektywność oraz być zgodne z celami moralnie akceptowanymi jest oczywiste, trudno jednak uznać sensowność celowych działań, które nie miałyby do tego zmierzać. Jednak w zaproponowanej konwencji terminologicznej reforma nie tylko powinna służyć poprawie efektywności i różnych wymiarów sprawiedliwości w zdrowiu i korzystaniu ze świadczeń, ale ich obecność w procesie jest niezbędna by traktować go – na mocy definicji – jako reformę. Takie postawienie sprawy budzi liczne wątpliwości. Po pierwsze, jak należy traktować działania, jeśli zawierają odniesienie do jednej tylko grupy wartości, pomijając lub podporządkowując drugą. Sytuacja taka jest bardzo prawdopodobna, bowiem konflikt między efektywnością a sprawiedliwością występuje bardzo często i jest typowym konfliktem nie tylko polityki zdrowotnej, ale także polityki społecznej. Po drugie, jak traktować działania, jeśli w ich programie obie grupy wartości zostały uwzględnione, ale zastosowano niewłaściwe narzędzia i mechanizmy, wskutek czego któraś z wartości nie została zrealizowana. Można wówczas twierdzić, że w sferze wyborów moralnych inicjatywa była reformą, ale z punktu widzenia faktów reformą być przestała. Nie są to sytuacje dla badacza wygodne, ale problem nie dotyczy komfortu, tylko pułapek wynikających z przyjętych ustaleń terminologicznych. Podobnie, jeśli twierdzi się, że reforma to „tworzenie możliwie najlepszych warunków efektywnego działania” (systemu zdrowotnego)<sup>24</sup> to nie jest jasne, jak kwalifikować propozycje zmian wcale nieoptymalnych, ale w niewielkim tylko stopniu poprawiających działanie opieki zdrowotnej. Co więcej, można przewidywać, że przypadki takie będą bardzo częste, bowiem na ogół efekt zbiorowych procesów decyzyjnych prowadzi do efektów suboptymalnych. Propozycji teoretycznych, aby przez reformę rozumieć działania podejmowane po to, „by poprawić funkcjonowanie i efektywność sektora zdrowotnego, a ostatecznie poprawiać stan zdrowia populacji” można w literaturze spotkać bardzo wiele<sup>25</sup>. Konwencja, w której uznaje się za reformę działania usprawniające, a niekoniecznie umożliwiające dochodzenie do sytuacji najlepszej z możliwych jest szeroko akceptowana, co zresztą dobrze świadczy o poczuciu realizmu autorów.

Niekiedy badacze, definiując proces reformatorski, zadowalają się ogólnym sformułowaniem, że „reforma nastawiona jest na rekonstrukcję dotychczasowej

---

<sup>23</sup> P. Berman, *Health sector reform: making health development sustainable*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:13–28, s. 15.

<sup>24</sup> R. Eldar, *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.

<sup>25</sup> P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997.

struktury lub systemu tak, by ich cele były osiągnane lepiej, niż dotychczas”<sup>26</sup>. Postulat, by lepiej osiągać cele jest równoznaczny, choć mniej precyzyjny, z postulatem wyższej efektywności, co powinno być uznane za normatywny element definicji.

### 1.1.3. Zakres i głębokość zmian

Przedmiotem sporów bywa kwestia zakresu lub głębokości zmian, które są na tyle duże czy znaczące, że powinny być traktowane jako reforma. Postawienie tego problemu jest wynikiem obserwacji, prowadzącej do oczywistego wniosku, że „jakieś” zmiany są zjawiskiem występującym stale w systemach zdrowotnych i traktowanie ich wszystkich jako reform kazałoby sądzić, że reforma jest zjawiskiem nie tylko permanentnym, ale i mało specyficznym. W efekcie stosunkowo często pojawia się zatem postulat, aby miano reformy nie przysługiwało „niewielkim” zmianom, a przypisywać je jedynie zmianom dostatecznie „dużym”, a „fundamentalny” charakter przeprowadzanych zmian traktowany jest wówczas jako definicyjna cecha reformy. Tak postępowali H. Lieverdink i J. van der Made, porównując zmiany wprowadzane w systemie holenderskim i niemieckim<sup>27</sup>. Warto jednak odnotować, że opowiedzenie się za taką terminologią nie przeszkadzało uznawać niektórych projektów niemieckich za reformę, mimo ich ograniczonego charakteru. Nie jest to zresztą przypadek odosobniony. Tak więc, chociaż w deklaracjach za reformy uznaje się raczej zmiany o szerokim zasięgu, to praktyka badawcza – także w międzynarodowych analizach porównawczych – często szła w innym kierunku. Autor jednej z takich analiz, D. Seedhouse, interpretował zakres pojęcia reformy raczej zawężająco i zastosował termin „radykalnej zmiany” na oznaczenie takiej przebudowy, która prowadziłaby do zmiany podstawowych celów systemu<sup>28</sup>. Była to więc propozycja, w której reformę utożsamiało się z wywieraniem wpływu na wąski fragment rzeczywistości. W renomowanym podręczniku, którego autorzy posługiwali się terminem „reforma”, relacjonując spotykane w literaturze propozycje zmian, pojęcie to nie zostało użyte na określenie największych zmian, jakie wprowadzono w dziejach systemu amerykańskiego – ustaw o Medicare i Medicaid<sup>29</sup>. Tak więc i w tym przypadku szeroki zasięg zmian nie był traktowany ja-

---

<sup>26</sup> D. Seedhouse, *Introduction: The logic of Health Reform* [w:] *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:1–11, s. 2.

<sup>27</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

<sup>28</sup> D. Seedhouse, *Introduction: The logic of Health Reform* [w:] *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:1–11, s. 2.

<sup>29</sup> Ph.R. Lee, A.E. Benjamin, *Health Policy and the Politics of Health Care* [w:] *Introduction to Health Services*, edited by S.J. Williams, P.R. Torrens, Delmar Publishers INC., 1986.

ko bezwzględny wymóg definicyjny. Należy przy tym zauważyć, że ocena zmiany jako „dużej” czy „fundamentalnej” jest często subiektywna i bez bardziej sprecyzowanych kryteriów trudno o jednoznaczne sądy. Sama liczba obiektów poddanych zmianie – liczba osób, instytucji – jest z pewnością miarą niewystarczającą, podobnie jak wielkość środków finansowych, których metoda pozyskiwania czy sposób przepływu zostaje przekształcony. Sprawa dodatkowo się komplikuje, bo w użyciu jest pojęcie reformy inkrementalnej, która z definicji musi mieć raczej ograniczony zasięg<sup>30</sup>. Jednocześnie sam termin „inkrementalny” może być mylący, bowiem konsekwentnie wprowadzane zmiany inkrementalne mogą wywołać większy efekt, niż zamierzona na więcej, ale źle wdrożona zmiana planowana. Stosowane jest także pojęcie reformy ewolucyjnej – jako przeciwstawienie reformy strukturalnej – w przypadku której jej twórcy często nie używali terminu „reforma”<sup>31</sup>. Brak utrwalonego związku między zakresem dokonywanej zmiany a stosowaniem terminu „reforma” jest widoczny u wielu autorów. Th. Marmor i M. Goldberg analizując sytuację amerykańską, pisali o reformach całościowych (*comprehensive*) i reformach częściowych (*partial*)<sup>32</sup>. Był to wyraźny dowód, że zmiana może mieć zarówno szeroki, jak i wąski przedmiot oddziaływania, i związanie jej z jednym tylko zakresem nie jest definicyjnym wymogiem jego stosowania. Dodatkowy aspekt w tego rodzaju podejściu można znaleźć w analizie jednej z inicjatyw, w której znalazło się sformułowanie, że „reformatorzy próbowali osiągnąć zmiany raczej dzięki ewolucji, a nie przez rewolucję”<sup>33</sup>. Skala zmian ewolucyjnych może być naturalnie mniejsza, niż rewolucyjnych, a przy okazji zwraca się uwagę na tempo przemian i umiejscowienie podmiotu inicjującego zmiany: w powolnej ewolucji siły sprawcze są raczej wewnątrz systemu, w gwałtownej rewolucji potrzebne jest wywołanie zmian. Ale te wszystkie uwikłania i niekonsekwencje nie przeszkadzały autorom używać terminu „reforma”.

Jeśli postawić znak równości między projektowaniem systemu (*system design*) a projektowaniem reformy – logiczny związek wydaje się tu oczywisty – reforma jest „(a) tworzeniem możliwie najlepszych warunków efektywnego działania, (b) sprawdzaniem poprzez monitorowanie, czy cele systemu są osiągalne, (c) jeśli słabości systemu są dostrzegane, to przedstawiane są propozycje naprawy”<sup>34</sup>. Jak poprzednio zaznaczmy, że powoływany autor nie przedstawia

---

<sup>30</sup> C.D. Naylor, *Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress*, Health Affairs, 18(3), 1999:9–26.

<sup>31</sup> *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1994.

<sup>32</sup> T.R. Marmor, M. Goldberg, *American Medical Reform: Separating Sense from Nonsense* [w:] T.R. Marmor, *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, New Haven & London 1994:1–18.

<sup>33</sup> M. Laugesen, G. Salmond, *New Zealand health care reform: a background*, Health Policy, 1994:11–23, s. 21.

<sup>34</sup> R. Eldar, *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.



technicznej koncepcji podziału reformy na poszczególne nurty, ale definiuje pojęcie reformy poprzez wskazanie jej elementów składowych.

R. Saltman proponował, aby – uwzględniając dostatecznie szeroki kontekst procesu – analizować go na trzech poziomach: na poziomie kategorii społecznych (podstawowe wartości akceptowane w danym społeczeństwie), politycznych (podstawowych celów i zasad przyjmowanych w programach zmian, wraz z typową dla nich werbalizacją problemów) i technicznych (doboru mechanizmów, służących organizowaniu, finansowaniu, zarządzaniu, monitorowaniu procesu produkcji usług zdrowotnych)<sup>35</sup>. Autor stawiał hipotezę, że im niższy poziom stosowanych kategorii, tym większa podatność na zmiany, które mogą być wdrażane przez inicjatywy podejmowane autonomicznie w ochronie zdrowia. Najtrudniejsza jest zmiana wartości społecznych, zawsze zachodząca stosunkowo powoli, możliwa tylko w niektórych, rzadkich sytuacjach, kiedy dokonywana jest w powiązaniu z przekształceniami strukturalnymi lub ideologicznymi.

R. Eldar podkreślał, że, projektując reformę, szczególną uwagę rząd powinien poświęcić jednemu z przedstawionych wyżej elementów – monitoringowi zmian i ich skutków, który musi stanowić integralną część projektowania systemu<sup>36</sup>. Jego ustanowienie, wraz z obowiązkiem dostarczania informacji, nie może odbyć się poza strukturami rządowymi. Znaczenie systemu rejestracji efektów wynika także z przesłanki, że sama zmiana nie może zastąpić zainteresowania skutkami, które przynosi, ale jednocześnie sam monitoring – czyli wiedza także o błędach – nie może zastąpić działań naprawczych.

#### 1.1.4. Poziomy użycia pojęcia

Biorąc pod uwagę przedstawione wyżej wątki dotyczące definiowania terminu reforma, należy się zgodzić z opinią, że: „uznanie czegoś za reformę jest w znacznym stopniu kwestią subiektywną...”<sup>37</sup> i wiele wymogów właściwego, a więc bardziej precyzyjnego, używania terminu – dostatecznie dużego zakresu zmian, czy ich konsekwencji, udziału rządu, specyficznych treści – nie jest w praktyce przestrzeganych. Można też twierdzić, że uznanie zmian wprowadzonych w opiece zdrowotnej za jej reformę jest często bardziej sprawą konwencji, niż stosowaniem rygorystycznie sformułowanych ustaleń terminologicznych. Poważne przekształcenia sektora zdrowotnego, jakie nastąpiły w No-

---

<sup>35</sup> R.B. Saltman, *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:69–74.

<sup>36</sup> R. Eldar, *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.

<sup>37</sup> *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 77.

wej Zelandii w latach 80. nie zyskały miana reformy<sup>38</sup>. Z drugiej strony, autorzy Raportu OECD pisali o reformach, jakie były wprowadzane w życie w wielu krajach już w latach 60. i 70.<sup>39</sup>.

W tej sytuacji warto postawić kolejne pytanie o to, kto jest lub powinien być autorem tej charakterystyki. Logicznie nasuwają się dwie możliwe odpowiedzi. Po pierwsze, autorem uznania prowadzonych zmian za reformę są ich twórcy i realizatorzy: to sami decydenci uznają swoje dzieło za reformę. Wówczas niezależnie od tego, czy zmiana jest szeroka, czy wąska, skuteczna lub nieskuteczna, wszyscy uczestniczący w wydarzeniach, czy ci, którzy poddają ją analizom i ocenom, powinni uznawać ją za reformę. Druga możliwość występuje wtedy, gdy autorem oceny jest badacz lub – szerzej – obserwator przygotowanych i wprowadzonych zmian. Kwalifikacja taka jest zawsze możliwa, kiedy chodzi o celową zmianę, poprawiającą – przynajmniej intencjonalnie – działania podmiotów, które mają przyczyniać się – także intencjonalnie – do poprawy stanu zdrowia populacji i niezależnie od tego, czy jej inicjatorzy posługiwali się pojęciem reformy. O ile w pierwszej sytuacji termin „reforma” należy do samej opisywanej rzeczywistości – jest przedmiotem możliwej analizy – o tyle w drugiej sytuacji staje się narzędziem analizy, służąc jako kategoria badawcza, wykorzystywana do opisu i wyjaśniania rzeczywistości. W tym drugim przypadku dobrane jest, jeśli badacz wyjaśnia kryteria jej stosowania.

W ostatnich latach powstała utrwalająca się tradycja stosowania terminu „reforma”, w powiązaniu ze sprawami zdrowia, nie tyle w stosunku do pewnego typu działań, spełniających określone charakterystyki, co raczej do zmian podejmowanych w określonym czasie, a których – przynajmniej część – wykazywała daleko idące podobieństwo. Chodzi o zmiany inicjowane w drugiej połowie lat 80., których początek można datować na publikację Endhovens na temat brytyjskiej służby zdrowia z 1985 roku, holenderski projekt Dekkera z 1986 roku, brytyjski projekt „Working for Patients” z 1989 roku lub niemieckie propozycje Bluma z tego samego roku. To te przedsięwzięcia stworzyły nowy sposób postrzegania systemów zdrowotnych, których zamierzona zmienność – głównie w dążeniu do poprawy efektywności – była szczególnie akcentowaną cechą. Jednocześnie hasło reformy stało się znakiem rozpoznawczym podejmowanych wówczas inicjatyw, chociaż zarówno zmiany, jak i reformy były inicjowane oraz wcielane w życie także wcześniej. Powszechność dążenia do zmian została wzmocniona wydarzeniami w krajach Europy Środkowowschodniej, które – w ramach transformacji ustrojowej – podejmowały wysiłek reformowania systemów zdrowotnych. Dzięki temu cały duży blok krajów stał się uczestnikiem ruchu reformatorskiego, co było deklarowane nawet wtedy, gdy rzeczywiste zmiany następowały bardzo powoli.

---

<sup>38</sup> T. Ashton, *From Evolution to Revolution: Restructuring the New Zealand Health System* [w:] *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:85–93.

<sup>39</sup> *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1994.

Podsumowując ten fragment rozważań, można przytoczyć eklektyczną definicję, w której połączone są różne aspekty, o których była dotychczas mowa. Zgodnie ze sformułowaniem przyjętym przez H. Fuenzalidę-Puelmę reforma opieki zdrowotnej to „zaplanowane zmiany mające służyć lepszej organizacji, finansowaniu, produkowaniu świadczeń i regulacji świadczeń, udzielanych zarówno publicznie, jak i prywatnie, co umożliwi lepszy i bardziej sprawiedliwy dostęp, wyższą efektywność, lepszą relację koszt–efekt i wyższą jakość dóbr i usług wchodzących w zakres opieki zdrowotnej”<sup>40</sup>.

## 1.2. Polityczne uwikłania

Przez wiele lat wśród osób zajmujących się polityką zdrowotną dominowało przekonanie, które bywało określane jako paradygmat racjonalistyczny, że zmiany w sektorze – także reformy – są w naturalny sposób podporządkowane naukowej analizie i oparte na wiedzy. Jeszcze w 1990 roku, a więc w czasie, kiedy hasło reformy było już bardzo popularne, a duże reformy były przygotowywane w wielu krajach, O. Anderson twierdził, że

„nie będzie radykalnych zmian w systemach zdrowotnych, ponieważ nikt nie wie jak to zrobić, zwłaszcza że tradycyjnie ewoluujące systemy funkcjonują w sposób całkowicie zadowalający”<sup>41</sup>.

Interesującym elementem tego twierdzenia jest nie tyle całkowicie fałszywe odczytanie nastrojów społecznych oraz błąd dotyczący przyszłości (byłby to nie pierwszy przypadek, kiedy badacze całkowicie pomylili się w swoich przewidywaniach), ale teza, że brak wiedzy uniemożliwi przygotowanie i wdrożenie reform. Autor najwyraźniej zakładał, że w przeszłości wiedza taka była dostępna – bo przecież we wszystkich krajach budowano systemy zdrowotne – ale około roku 1990 została wyczerpana, albo też, że wiedza wystarczająca do konstruowania systemów nie nadaje się do ich reformowania. Akcentowanie znaczenia naukowych podstaw reformy doprowadziło do pomijania – wbrew oczywistości – jej politycznego wymiaru. Tymczasem uwikłanie reformy w proces polityczny jest nieuchronne, zarówno w sensie faktycznych powiązań w sferze działania, jak i w sensie logicznych współzależności. Dostępne nauce ustalenia o faktach, nawet jeśli ich rozwój jest coraz szybszy, nigdy nie tworzą wystarczającej liczby przesłanek, która pozwala podjąć decyzję o zmianach, które miałyby być wprowadzone w systemie<sup>42</sup>. Stąd stałe miejsce wyborów politycznych – także w sensie dostarczania elementów aksjologicznych – we wszystkim, co dotyczy reformy.

---

<sup>40</sup> H.L. Fuenzalida-Puelma, *Health Care Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. A Literature Review*, Open Society Institute, Budapest 2002:15.

<sup>41</sup> O.W. Anderson, *Swedish health care in perspective*, Health Policy, 21, 1992:99–111.

<sup>42</sup> K. Walshe, T.G. Rundall, *Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care*, The Milbank Quarterly, 79(3), 2001:429–457.

### 1.2.1. Zależności na poziomie koncepcji

M. Reich, jeden z najbardziej przenikliwych badaczy tych problemów twierdził, że przynajmniej pięć czynników sprawia, że reforma sektora zdrowotnego jest procesem politycznie uwikłanym<sup>43</sup>. Po pierwsze, w procesie reformy zawsze dochodzi do wyboru pomiędzy wartościami, za pomocą których definiuje się pożądany kształt stosunków społecznych. Ponieważ we współczesnych państwach opinie na temat tego, co jest dobre dla społeczeństwa, są rozbieżne, wybór podstaw reformy nie może być dokonywany inaczej, niż poprzez uzgodnienia polityczne. Po drugie, rozwiązania przyjmowane w reformie zawsze mają różnorodne, ale z reguły bardzo ważne, konsekwencje dotyczące dystrybucji korzyści i obciążeń. Bardzo rzadko zdarza się wdrażać zmianę społeczną, która byłaby w równym stopniu dla wszystkich korzystna. Ktoś zatem musi ponieść straty – czy choćby mniejszą korzyść niż inni – co w oczywisty sposób czyni go przeciwnikiem tej zmiany. Już planowanie zysków i strat – wskazywanie grup, które korzystają i które tracą, jest wpisane w dyskurs polityczny, w którym można kłaść nacisk na równość szans, rezultatów, wolną inicjatywę, indywidualną odpowiedzialność i inne kategorie wskazywane jako wartości. Jednak niezależnie od preswazyjnego (propagandowego) uzasadnienia, ważne jest ujawnienie rzeczywistych beneficjentów i przegranych wprowadzanych zmian. Po trzecie, reforma prowokuje konkurencję o uzyskanie korzyści i uniknięcie strat, o których była wyżej mowa. Konkurencja ta jest zwykle rozgrywana – pomijając przypadki ostrych konfliktów lub niedorozwoju mechanizmów demokratycznych – poprzez reguły rządzące procesem politycznym. Opór tych, którzy czują się zagrożeni, może być przezwyciężony poprzez procedurę decyzyjną (np. głosowanie), może dochodzić też do swoistego przetargu, w którym za straty w jednej dziedzinie może być oferowana korzyść w innej sprawie. Po czwarte, podstawowe decyzje dotyczące reformy, ustalenie jej istotnych mechanizmów, decyzja o wdrożeniu lub niewdrożeniu, bardzo często jest wiązana z ważnymi wydarzeniami występującymi w życiu politycznym. Przygotowanie programów wyborczych, objęcie władzy, utworzenie czy zmiana koalicji, kryzys rządowy i wychodzenie z niego stwarzają okazje do podjęcia inicjatyw w zakresie reformy sektora zdrowotnego. Bywa zresztą, że uspokojenie rytmu politycznego prowadzi do zaniechania tych inicjatyw. Po piąte, ponieważ problemy dotyczące zdrowia są z reguły postrzegane przez społeczeństwa jako ważne, to co dzieje się w sektorze zdrowotnym może mieć istotny wpływ na losy poszczególnych ugrupowań politycznych. Stronnictwo mogące poszczycić się udaną reformą zdobywa wyższą pozycję w grze o władzę, natomiast to, któremu można przypisać nieudolność, brak koncepcji i niepowodzenie w reformowaniu sektora zdrowotnego znajduje się na słabszych pozycjach i utrata władzy jest wtedy prawdopodobna.

---

<sup>43</sup> M.R. Reich, *The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy*, *Health Policy*, 32, 1–3, 1995:47–77.

Reich zwracał także uwagę, że sama materia, którą zajmuje się reforma sektora zdrowotnego, czyni ją podatną na uwikłania w proces polityczny. Odwołując się do koncepcji P. Cleaves'a, wskazywał następujące cechy procesu reformatorskiego w tej sferze: złożoność technicznej natury ochrony zdrowia i jej organizacji, konieczność kompleksowego – i wewnętrznie spójnego – traktowania czynników oddziałujących na sektor zdrowotny, wielość aktorów biorących udział w realizacji celów, wielość, złożoność i wielowymiarowość celów realizowanych w tym sektorze, długotrwałość wchodzących w grę procesów, tak w sensie uwarunkowań stanu zdrowia, jak i ujawniania się skutków wprowadzanych zmian. Wskazane zagadnienia nie nadają się do rozwiązywania w trybie technicznych ustaleń, w których łatwo osiągnąć zgodę na podstawie empirycznie potwierdzonych twierdzeń. Złożony proces uzgadniania stanowisk między wieloma partnerami, w warunkach niejasnych kryteriów i czynników sprawczych, wymaga politycznych ustaleń.

H. Lieverdink i J. van der Made przedstawili cztery argumenty uzasadniające konieczność uwzględniania aspektu politycznego w analizie procesu reformatorskiego<sup>44</sup>. Po pierwsze, sposób zorganizowania procesu decyzyjnego ma przełożony wpływ na dobór i interpretację zagadnień, które traktuje się jako problemy systemu zdrowotnego. Układ polityczny stanowi specyficzny filtr, który dopuszcza do szerszej świadomości tylko niektóre problemy. Podobnie jest z propozycjami rozwiązywania tych problemów. Także tutaj tylko niektóre opcje stają się przedmiotem politycznej debaty. Po drugie, rozstrzygnięciami w systemie zdrowotnym są zainteresowane liczne grupy, z których znaczna część jest dobrze zorganizowana i ma swoje instytucjonalne przedstawicielstwa. Cechy tych instytucji – sposób ich zorganizowania, stosowany tam styl przywództwa i zarządzania, kultura organizacyjna, wpływają znacząco na sposób ich funkcjonowania w procesie decyzyjnym. Po trzecie, akceptując powszechnie uznaną przesłankę o wielości aktorów wpływających na decyzje dotyczące systemu zdrowotnego i jego reformy, należy zauważyć, że tylko niektóre spośród nich mają umocowanie polityczne, a znaczna część jest pozbawiona władzy politycznej. Wpływa to istotnie na wybór strategii uznawanych za skuteczne, na sposób szukania sojuszników i zawiązywania koalicji. Po czwarte, akceptując przesłankę o odrębności systemu decyzyjnego, w ramach którego przyjmowane są rozstrzygnięcia na temat reformy (była o tym mowa we wcześniejszym fragmencie), należy pamiętać o wzajemnych oddziaływaniach między nim a systemem medycznym. Oba te układy mogą z sobą współdziałać – każdy z nich jest uczestnikiem procesu – mogą także utrudniać lub paraliżować poszukiwanie dobrych rozwiązań.

W literaturze często są spotykane sądy, że wiele cech procesu reformatorskiego świadczy o jego politycznym charakterze. R. Romanow zwrócił uwagę, że

---

<sup>44</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

występują one niezależnie od specyficznego układu relacji między różnymi organami władzy<sup>45</sup>. Jeśli rząd jest silny i jednolity, to sposób definiowania sytuacji i propozycje zmian w sektorze zdrowotnym są skoncentrowane w jego rękach, co w praktyce oznacza zwykle podporządkowanie procesu dążeniom jednej partii<sup>46</sup>. To nie wyklucza, że zmiany mogą służyć realizacji interesów zdrowotnych wielu grup społecznych. Jeśli rząd jest koalicyjny i słaby, kierunek zmian zależy od doraźnych kompromisów, zawieranych przez układające się partie. Także w tym przypadku może się zdarzyć, że podjęte decyzje są racjonalne w szerszej perspektywie. Powszechnie dziś akceptowany postulat włączania wielu „udziałowców” systemu w proces decyzyjny służy jego demokratyzacji – często jest zresztą jedyną akceptowaną politycznie formą przygotowania reformy – ale jednocześnie uzyskiwany kompromis obniża z reguły jakość wypracowanych rozwiązań. Kompromis jest bowiem uzyskiwany drogą kolejnych rezygnacji, na jakie godzą się uczestnicy procesu, a więc rozwiązania spójne są stopniowo wypierane przez rozwiązania dostatecznie szeroko akceptowane.

### 1.2.2. Rozpoczynanie reform

Zgodnie z racjonalistycznym paradygmatem decyzja o wszczęciu procesu reformatorskiego powinna wynikać z diagnozy, w której byłyby opisane mankamenty systemu i ich przyczyny, a wprowadzany mechanizm miałby te niesprawności usuwać lub przynajmniej zmniejszać. Tymczasem rzeczywistość bywa zupełnie inna.

M. Defever pisała o bardzo silnej dominacji (*predominance*) polityki we wszystkich decyzjach dotyczących reform prowadzonych w krajach europejskich<sup>47</sup>. Komentowała ona niepokojące zjawisko „własności” poszczególnych koncepcji reformatorskich, jakie uzurpowały sobie rządy albo koalicje parlamentarne. Poczucie własności wzmacniało motywację „właścicieli” do wdrażania własnego pomysłu – niekiedy także bezkrytycznie, bez liczenia się z uwagami podnoszonymi przez opozycję – ale jednocześnie osłabiało motywację opozycji do kontynuowania rozpoczętego procesu. Rządy – sprawujące lub obejmujące władzę – wielokrotnie zachowywały się jak jeden z licznych aktorów uczestniczących w procesie decyzyjnym, bez żadnych szczególnych moralnych zobowiązań, którego główną motywacją jest jego własny interes polityczny. Przedstawione wcześniej w tej pracy koncepcje teoretyczne dostarczają wyjaśnienia tego zjawiska. W tych warunkach wybór wariantu reformy nie był poddawany ocenie z punktu widzenia jego racjonalności – w zastanych warunkach – ale z perspektywy interesu politycznego.

A. Maynard, podsumowując analizy reform prowadzonych w czterech rozwiniętych krajach (USA, Holandia, Niemcy i UK), pisał, że we wszystkich ba-

---

<sup>45</sup> R.J. Romanow, *The Shape of Health Care*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002 (strony www), s. 15.

<sup>46</sup> Autor używał słowa „whim”, co oznacza raczej zachciankę.

<sup>47</sup> M. Defever, *Health care reforms: the unfinished agenda*, Health Policy, 34, 1995:1–7.

danych systemach zdrowotnych kształtowanie polityki było podporządkowane bardziej modzie i przekonaniom, niż zobiektywizowanej wiedzy. Decydowały o tym postawy głównych uczestników procesu. Niechęć lekarzy do korzystania z „kłopotliwej” wiedzy o faktach jest porównywalna z niechęcią polityków. Ci ostatni, którzy akurat reformowali system tak, by realizował zasadę sprawiedliwości, efektywności i kontroli kosztu, odrzucali informacje na temat empirycznych dowodów o mechanizmach warunkujących osiągnięcie tych zasad<sup>48</sup>.

Ten sam autor, wspólnie z K. Bloor pisał:

„Większość wyborów w sferze opieki zdrowotnej napotykać wielką niepewność i brak wiedzy dotyczący efektywności (poszczególnych rozwiązań) kieruje się ostatecznie retoryką, nadzieją i przyzwyczajeniem”<sup>49</sup>.

Wszystkie te czynniki bardzo dobrze wpisują się w grę polityczną, w której mogą służyć dowolnym celom wskazanym przez jej uczestników.

Wiele lat później W. Holland komentował naukowe podstawy reformy prowadzonej w Wielkiej Brytanii – ale także w innych krajach – pisząc co następuje:

„Istnieją niezliczone przykłady zmian w polityce zdrowotnej i zarządzaniu, które były wdrażane na podstawie przekonań lub odczuć decydentów, bez rozważenia ani poprzednich doświadczeń, ani faktów, nie wspominając nawet o wynikach ewaluacji prowadzących do jakichś zaleceń”<sup>50</sup>.

O sprawach tych będzie jeszcze mowa bardziej szczegółowo w następnej części opracowania.

Inspiracją do podejmowania reform sektora zdrowotnego – zarówno w sensie przekonania o konieczności wprowadzenia zmian, jak i co do ich treści – były bardzo często informacje o koncepcjach wdrażanych w innych krajach. Zdarzało się, że informacje te były precyzyjne i pozwalały na właściwe rozumienie zachodzących gdzieś indziej procesów, zdarzało się jednak także, że w wyniku zakłóceń komunikacyjnych – już to po stronie nadawców, bądź odbiorców – informacja docierała zniekształcona i prowadziła do całkowicie błędnej interpretacji<sup>51</sup>. W sytuacji panującej w pewnym czasie „mody” na prowadzenie reform zdrowotnych zniekształcenia prowadziły zwykle do minimalizowania problemów i barier, a do wyolbrzymiania sukcesów.

---

<sup>48</sup> Za J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London, 1997:1–16.

<sup>49</sup> A. Maynard, K. Bloor, *Primary care and health reform: the need to reflect before reforming*, *Health Policy*, 31, 1995:171–181, s.177.

<sup>50</sup> W. Holland, *Evidence-based medicine: A commentary*, *Euro Observer*, Nr 3, Winter 2001/2002.

<sup>51</sup> Za J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:1–16.

### 1.2.3. Uwikłania implementacji

Analiza Reicha i przedstawiona przez niego typologia nie była jedynie teoretyczną konstrukcją. Zastosowana do analizy przebiegu reform sektora farmaceutycznego w trzech krajach rozwijających się pozwoliła na ujawnienie bardzo ciekawych efektów, które przedstawione są w tabeli.

Tabela 1

Elementy procesu wdrażania reform

wartości	demokratyczne wybory, sprawiedliwość społeczna, dobro wspólne, wewnętrzny rynek, koszt–efekt, wartości populistyczne, zwalczanie korupcji, zaspokojenie podstawowych potrzeb, ograniczenie konsumpcji zbędnych leków, wzmocnienie władzy społeczeństwa, wybór dokonywany przez pacjentów, efektywne zaopatrzenie w leki;
efekty redystrybucyjne	działania służące biednym, ograniczenie pozycji międzynarodowych korporacji, ograniczenie korzyści miejskich elit, szanse korzyści dla lokalnych wytwórców, efektywność;
konkurencja między grupami	argumentacja oparta na twierdzeniach lokalnych środowisk akademickich i oficjalnych raportach, argumentacja odwołująca się do dobra wspólnego, argumentacja stowarzyszeń medycznych, argumentacja zagranicznych i lokalnych producentów leków, argumentacja doraźnych koalicjantów, narzucanie opinii przez władze, przetarg uprawiany przez władze, budowanie koalicji przez Ministerstwo Zdrowia wraz z mobilizacją zainteresowanych grup;
związek z procesem politycznym	powyborcza mobilizacja partii, silny powyborczy mandat, tworzenie koalicji rządowej, trudności ekonomiczne, poszukiwanie legitymizacji (rządu nie pochodzącego z wyborów), powyborcza mobilizacja wokół demokratycznego programu, świadomość misji (przebudowa społeczna);
czynniki polityczne	skład koalicji, rozpad koalicji, osłabienie pozycji rządu, nowe wybory, retoryka narodowej samodzielności (przeciwstawienie się wpływowi międzynarodowego biznesu), silna pozycja i angażowanie się prezydenta, koncesje oferowane przeciwnikom i możliwość pozyskania ich poparcia, silna pozycja Ministerstwa Zdrowia.

Źródło: M.R. Reich, *The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:47–77, s. 70.

Wszystkie fakty zebrane przez autora potwierdziły stałą obecność elementów gry politycznej we wszystkich fazach prac reformatorskich.

### 1.2.4. Uwarunkowania efektywności reformy

W wielu pracach można znaleźć twierdzenie, że elementarnym warunkiem powodzenia reformy jest uwzględnienie różnych aspektów społecznych, takich jak: emocje, postawy, odczucia, a także różnego rodzaju interesy, łatwo umyka-



jące narzędziom analizy ekonomicznej<sup>52</sup>. Zlekceważenie tych aspektów, faktyczne lub w argumentacji politycznej, prowadziło zwykle do sytuacji, w których nawet dobrze uzasadnione – w racjonalnej perspektywie – mechanizmy napotykały na poważne bariery wdrożeniowe i ludzie, od których oczekiwano lojalnej współpracy w implementacji, w sposób jawny lub ukryty odmawiali współpracy. Także wtedy, gdy nowe rozwiązania zostały wdrożone, wielu uczestników działań sektora zdrowotnego zachowywało się w sposób niezgodny z oczekiwaniami, również dlatego, że definiowali swoje interesy w sposób odmienny od przewidywań, a nie podjęto wystarczających wysiłków zmierzających do zmiany ich nastawień.

J. Bjorkman i Ch. Altenstetter sugerowali, że przynajmniej trzy aspekty politycznego otoczenia powinny być brane pod uwagę, kiedy rozważa się skuteczność prowadzenia reformy zdrowotnej<sup>53</sup>. Pierwszy aspekt dotyczy sytuacji rządu, jego struktury i składu rozważanych zarówno w kategoriach układu politycznego, jak i indywidualnych postaw oraz ambicji. Indywidualne dążenia mogą być zarówno korzystne, jak i niszczące dla przedsięwzięć – takich jak reforma zdrowotna – do których realizacji niezbędny jest zbiorowy, długotrwały i skoordynowany wysiłek. Personalizacja reformy może być dobroczynna dla wzmocnienia przywództwa i indywidualnej odpowiedzialności, ale może być rujnująca dla zbiorowego współdziałania, zwłaszcza kiedy przywódca nie ma możliwości stosowania skutecznej motywacji. Wiele zresztą zależy od typowej dla danego kraju kultury grupowego współdziałania. Aspekt drugi, to antycypowane skutki wprowadzenia proponowanych w ramach reformy mechanizmów. W sprawie tej zalecana jest daleko idąca przejrzystość; ukrywanie przed zainteresowanymi grupami strat, które poniosą, jest taktyką politycznie bardzo niebezpieczną. Lepszym rozwiązaniem wydaje się jawne przedstawienie planu zrekompensowania strat, co nie musi następować pod postacią tych samych dóbr, które mogą być utracone, ale których wartość – subiektywna postrzegana przez zainteresowanych – może być traktowana jako rzetelne zadośćuczynienie. Trzeci aspekt dotyczy szerokiego kontekstu sytuacji, w której przygotowujący i wdrażający jest projekt reformatorski. Chodzi o wzięcie pod uwagę historycznych i społecznych procesów, które ukształtowały zarówno oczekiwania ludzi dotyczące sektora zdrowotnego – samo interpretowanie kategorii „zdrowie” jest jednym z elementów tego aspektu rzeczywistości – jak i układ grup oraz instytucji działających na tym polu. Ich reakcje na propozycje reformatorskie mogą być bowiem bardziej związane z przeszłością – raczej zapamiętaną, niż obiektywną – aniżeli z pozycją aktualnie zajmowaną. Generalnie można twierdzić, że

---

<sup>52</sup> Za J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:1–16.

<sup>53</sup> Za J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:1–16.

pominięcie wskazanych aspektów uniemożliwia właściwe przygotowanie reformy. Jednocześnie można sądzić, że ich lekceważenie uniemożliwia rozumienie i wyjaśnianie zjawisk reformatorskich zachodzących w różnych krajach. Budowanie wiedzy o reformach w postaci bardziej uogólnionych, pozajednostkowych sądów jest niemożliwe bez odpowiedniego zrozumienia lokalnego czynnika politycznego.

Przywołana wcześniej koncepcja Cleaves'a była skutecznie wykorzystywana przez G. Walt do wskazywania politycznych problemów szczególnie trudnych w fazie przygotowania i wdrożenia reformy. Problemy to zostały zebrane w następującym zestawieniu.

Tabela 2

## Charakterystyki procesu zmiany

problem	konsekwencje
złożona natura zmiany	brak doświadczeń w rozwiązywaniu takich problemów, potrzeba nauki i treningu w radzeniu sobie z nieznanymi problemami, konieczność zbudowania systemów zbierania informacji (o działalności, kosztach), konieczność sfinansowania nowych działań;
nowatorski charakter zmiany	konieczność rozwiązania problemu, konieczność przezwyciężenia oporu wobec zmiany (im większa zmiana, tym większy opór);
pluralistyczny charakter zmiany	konieczność uzgadniania stanowiska z wieloma partnerami, konieczność przezwyciężania trudności między sektorem publicznym i prywatnym;
wewnętrzna konfliktowość celów reformy	wielość nadrzędnych konfliktowych celów, która pociąga za sobą wielość niezgodnych zadań, konieczność ujaławiania wzajemnych relacji między celami i wartościami;
długotrwałość, czasochłonność procesu	konieczność wieloetapowych działań, jasność podziału na fazy, jasna komunikacja społeczna w sprawie terminów uzyskiwania różnych efektów.

Źródło: na podstawie G. Walt, *Implementing health care reform: a framework for discussion*, Philadelphia 1998, s. 373

Kiedy analizowano uwarunkowania reform w krajach afrykańskich, stwierdzono, że ich implementacja może napotykać na poważne przeszkody z powodu warunków otoczenia społecznego, przechodzącego gwałtowne zmiany polityczne i ekonomiczne<sup>54</sup>. W krajach próbujących przechodzić od dyktatury do bardziej liberalnych rządów prawa rozbudzona opinia publiczna stawiała się trudnym partnerem, bowiem liczne, nieuzgodnione interesy partykularne znajdowały nowe możliwości ekspresji. Liczne grupy czuły zagrożenia wynikające z rozważanych zmian reformatorskich, szczególnie sprzeciwiając się wzrostowi

<sup>54</sup> P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper nr 12, WHO, Geneva 1997.

ich obciążeń finansowych. Z wielu względów różne grupy występowały przeciwko programom prywatyzacji. Przyczyną dodatkowych przeszkód były trudne i pogarszające się warunki gospodarcze oraz narastający brak środków. W krajach afrykańskich specyficznym źródłem problemów była susza i brak wody. Niekiedy jednak kryzysy polityczne ułatwiały wprowadzenie zmian, które bez tego nie byłyby możliwe do realizowania.

W analizie sytuacji sektorów zdrowotnych krajów Azji Środkowej wskazano znaczenie rozumienia i właściwego przygotowania procesu wdrażania reformy, biorąc pod uwagę polityczne i administracyjne uwarunkowania występujące w poszczególnych krajach regionu<sup>55</sup>. Elementem tego procesu powinna być stale trwająca debata na temat możliwych rozwiązań, zwłaszcza w sferze finansowania opieki, debata stale zasilana informacjami pozyskiwanymi na podstawie doświadczeń innych krajów. Jej wewnętrznym warunkiem, niezbędnym do uzyskania pozytywnych efektów, powinno być tworzenie mechanizmów ułatwiających dialog między stronami zainteresowanymi różnymi aspektami reformy: aspektem zdrowotnym (Ministerstwo Zdrowia), aspektem ekonomicznym (Ministerstwo Finansów, Gospodarki), aspektem prawnym (parlament), a także przedstawicielami zawodów medycznych, organizacji pozarządowych i sektora prywatnego.

Pisząc o tym samym problemie, M. Hensher zwracał uwagę na pięć spraw<sup>56</sup>. Po pierwsze, na merytoryczne i techniczne możliwości przygotowywania i podejmowania właściwych decyzji zmieniających system zdrowotny. Chodzi nie tylko o niewystarczającą liczbę kompetentnych decydentów, ale także o trudności w ich pozyskaniu i motywowaniu do efektywnej pracy, biorąc pod uwagę ograniczenia finansowe, w jakich musiały działać władze publiczne. Po drugie, problemem było jasne wyznaczenie granic kompetencji i odpowiedzialności. Wyłaniające się z poradzieckiej rzeczywistości struktury musiały odnaleźć swoje miejsce w nowym układzie władzy, konkurując między sobą i znajdując się pod presją dominującej pozycji prezydenta. Po trzecie, jakość procesu decyzyjnego była dramatycznie ograniczana przez zjawisko korupcji i, zamiast kierować się względami dobra publicznego, decydenci często ulegali naciskom zainteresowanych grup. W sektorze zdrowotnym na to ogólne zjawisko nakładała się powszechna praktyka nieformalnych opłat wnoszonych przez pacjentów, co utrudniało lub zgoła uniemożliwiało realizację publicznie ustanawianych priorytetów oraz nielegalny obrót lekami i środkami farmaceutycznymi. Po czwarte, środowiska medyczne musiały być mobilizowane, jako zwolennicy reformy, bo wielu spośród ich członków, wykształconych w starej teorii i praktyce, wykazywało silne postawy konserwatywne. Przejawiało się to zarówno w niechęci do

---

<sup>55</sup> L. Rose, *Implementing Health Sector Reform in Central Asia: Context and Lessons Learned* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:3–10.

<sup>56</sup> M. Hensher, *The Political and Administrative Environment in Central Asia: Implication for Health Sector Reform* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:95–108.

stosowania bardziej nowoczesnych metod terapeutycznych, nawet kiedy były dostępne, jak i w poszukiwaniu bardziej efektywnych i mniej zasobochłonnych form organizowania pracy. Po piąte, na trudności napotykało uczynienie ze zdrowia problemu publicznej dyskusji, w której mogłoby dochodzić do pozyskiwania sojuszników dla przedstawianych propozycji reformatorskich i zwiększania w ten sposób szans efektywnego wdrożenia zmian. Przewyciężenie tej bariery zależało jednak istotnie od bardziej ogólnym zmian społecznych i aktywizowania się opinii publicznej.

Wielu autorów – także w Polsce – zwracało uwagę, że powodzenie reform w krajach przechodzących transformację zależy w decydującym stopniu od spełnienia warunków konstytuujących demokratyczny porządek. Wśród nich wymieniano oparcie mechanizmów władzy i wzajemnych relacji na jednoznacznie zdefiniowanych podstawach prawnych, psychologizną akceptację instytucji demokratycznych przez większość obywateli, którzy dostrzegaliby w nich samoistną wartość, a nie tylko instrumentalnie przydatny mechanizm, istnienie i wzmacnianie się społeczeństwa obywatelskiego, którego samodzielne instytucje tworzyłyby pośrednią warstwę struktury społecznej między państwem i obywatelami.

### 1.3. Aktorzy

Przynajmniej od połowy lat 70. w analizie procesu decyzyjnego zwraca się uwagę na zróżnicowane podmioty, które biorą w nim udział<sup>57</sup>. Podmiotom tym przypisywane były różne nazwy – często zależały od terminologii koncepcji, w ramach których były używane. Wydaje się, że w tekstach na temat reformy dominują co najmniej trzy terminy: aktorzy, udziałowcy (*stakeholders*) oraz gracze (*players*) i one będą stosowane w dalszych wywodach.

Wielu badaczy zwracało uwagę, że analiza procesu reformatorskiego z punktu widzenia układu i interesów poszczególnych aktorów przynosi najbardziej interesujące wyniki teoretyczne, a także ma kluczowe znaczenie w przygotowywaniu strategii implementacyjnych. Na takim stanowisku stał T. Rathwell<sup>58</sup> i tak twierdził M. Reich. Wśród badaczy trwał spór, która grupa aktorów wywierała największy wpływ na przebieg procesu reformatorskiego, a na liście kandydatów znajdowali się politycy, biurokracje, środowiska medyczne. Wydaje się, że generalne rozstrzygnięcie tego problemu nie jest możliwe. W każdym kraju specyficzny układ sił między poszczególnymi udziałowcami umożliwia któregoś z nich – lub tworzonej koalicji – odegranie dominującej roli. Nie jest to

---

<sup>57</sup> Za klasyczną pracę, w której tak sformułowano problem uchodzi: R.R. Alford, *Health Care Politics*, University of Chicago Press, Chicago 1975.

<sup>58</sup> T. Rathwell, *Implementing health care reform: a review of current experience* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellariades, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:385–399.

zresztą w żadnym sensie sytuacja stała. Układ sił może ulegać zmianie, także pod wpływem zmian reformatorskich – niejednokrotnie zresztą taka właśnie zmiana jest celem reformy – i układ sił na początku procesu może być zasadniczo odmienny od tego, który ukształtował się po pewnym czasie.

### 1.3.1. Zasady wyodrębniania

Zasady wyodrębniania różnych grup aktorów są bardzo zróżnicowane. Z reguły są podporządkowane przyjętej metodzie analizy – paradygmatowi – bowiem stosowanie tej kategorii ma nie tyle służyć odtworzeniu statycznej struktury systemu, co raczej ustaleniu relacji między nimi. Dynamika tych relacji pozwala bowiem zwrócić uwagę na uwarunkowania procesów zachodzących w systemie.

W klasycznej analizie prowadzonej przez R. Alforda, badającego system zdrowotny Nowego Jorku, wyróżniono grupę dominującą, wyzywającą (*challenging*) i grupę stłumioną (*repressed*)<sup>59</sup>. Ich pozycje były kształtowane treścią obowiązujących instytucji (norm) społecznych, ekonomicznych, politycznych oraz postrzeganiem tych norm przez pryzmat interesów grupowych. W nowszym opracowaniu G. Walt wyróżniała pięć grup aktorów<sup>60</sup>. Grupę pierwszą stanowią podmioty rządowe, w skład której wchodzi politycy, urzędnicy, w tym urzędnicy służby cywilnej, pracownicy administracyjni (biurokraci). Grupa druga to organizacje nierządowe, ale znajdujące się w sferze władzy, takie jak organizacje profesjonalne (także te grupujące przedstawicieli zawodów medycznych) oraz związki zawodowe. Na trzecim miejscu autorka wymieniła grupy interesu i grupy nacisku, takie jak firmy farmaceutyczne. Dalej zostały wskazane podmioty międzynarodowe, takie jak WHO czy Bank Światowy. Na kolejnym miejscu wskazana została grupa niezidentyfikowana, jak media, środowiska i instytucje naukowe. Autorka napisała także o konieczności wyodrębnienia osobnej grupy podmiotów „amorficznych”, do których zaliczyła obywateli, pacjentów i jednostki, które chciałyby odegrać jakąś rolę w kształtowaniu decyzji. Ich cechą – jak wskazywała nazwa użyta przez autorkę, był stan pewnej gotowości, potencji, która nie musiała być wykorzystana do odegrania rzeczywistej roli. W większości bowiem krajów środowisko to pozostaje niezorganizowane i tylko w szczególnych sytuacjach staje się czynnym aktorem. Należy też odnotować, że podmioty zaliczone do tej grupy z reguły wykorzystują którąś z grup aktywnych aktorów i za jej pośrednictwem artykułują swoje stanowisko. Dzieje się tak szczególnie w krajach, w których tradycje społeczeństwa obywatelskiego są słabe, ale w wielu sytuacjach wybór drogi pośredniej może być uzasadniony większą skutecznością postępowania prowadzonego przez doświadczonych

<sup>59</sup> R.R. Alford, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, University of Chicago Press, Chicago 1975.

<sup>60</sup> G. Walt, *Implementing health care reform: a framework for discussion* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:365–384, s. 375 i n.

w politycznej grze aktorów. W mojej pracy o polityce zdrowotnej posługiwałem się typologią, w której uwzględniałem rząd wraz z ministerstwem, administratorów ochrony zdrowia, lekarzy, pacjentów aktualnych i przyszłych, organizacje z rynkowego otoczenia ochrony zdrowia<sup>61</sup>.

Wiele spośród tych grup, i ich wpływ na procesy reformatorskie, stało się przedmiotem wnikliwych analiz<sup>62</sup>.

W analizie specyficznego problemu – absorpcji rekomendacji UE do krajowej polityki zdrowotnej – zaproponowano wyodrębnienie grup aktorów, identyfikowanych według charakterystycznych dla nich norm kulturowych, nadrzędnych wartości i zasad postępowania<sup>63</sup>. Zastosowanie tych kryteriów pozwala wskazać pięć typów uczestników procesu decyzyjnego: podmioty prawnej regulacji, podmioty związane z ideą federalizmu, podmioty powiązane z ideologiami i działaniami partii politycznych, organy publicznej administracji (biurokracji), samoorganizujące się podmioty, aktywne w sektorze prywatnym.

Niekiedy w dokumentacji procesów reformatorskich można znaleźć zdefiniowaną wprost listę „udziałowców”, którzy brali udział w jakiejś fazie działań reformatorskich. Deklaracja taka może być potraktowana jako oparta na faktach weryfikacja omawianego tutaj problemu<sup>64</sup>.

### 1.3.2. Problemy interpretacyjne

Rola aktorów w procesie reformatorskim, czy szerzej: w polityce zdrowotnej bywa interpretowana za pomocą różnych konstrukcji teoretycznych: plurali-

---

<sup>61</sup> W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Łódź, Kraków, Warszawa 1996, s. 68 i n.

<sup>62</sup> S.M. Glick, *The Role of Government in Medical Education* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:319–342.

<sup>63</sup> C. Altenstetter, *Implementing EU Regulatory Policy on Medical Devices: The Case of Germany* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:425–462.

<sup>64</sup> Chodziło o pozyskiwanie informacji lub gromadzenie opinii i rekomendacji. W jednym z kanadyjskich dokumentów umieszczono następujące instytucje: Stowarzyszenie Kolegiów Medycznych, Kolegium Dyrektorów Służby Zdrowia, Stowarzyszenie Opieki Domowej, Stowarzyszenie Medyczne, Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego, Stowarzyszenie Pielęgniarek, Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej, Stowarzyszenie Farmaceutów, Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego, Koalicja Organizacji Wolontariuszy, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Królewskie Kolegium Lekarzy i Chirurgów, Stowarzyszenie Zdrowotne, Stowarzyszenie Optometrów, Stowarzyszenie Psychologów, Instytut Informacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego, Konferencja Polityki Zdrowotnej, OECD, Wydział Stosowanych Nauk o Zdrowiu, Federacja Pielęgniarskich Związków Zawodowych, Instytut Badań Polityki Społecznej, Izba Handlowa, Centrum Nauk o Zdrowiu, także inne wydziały uniwersyteckie, fundacje i stowarzyszenia zajmujące się problemami zdrowia. Por. R.J. Romanow, *The Shape of Health Care, Commission on the Future of Health Care in Canada*, Interim Report, Fabruary 2002 (strony www), s. 53–54.

stycznej, korporacyjnej, strukturalistycznej, teorii elit<sup>65</sup>. Szczególnie płodne w analizie tych problemów wydaje się wskazane przez C. Hama podejście „pragmatyczne”, dotyczące sytuacji, w których relacje między poszczególnymi podmiotami przybierają bardziej specyficzny charakter<sup>66</sup>. Chodzi o relacje między wąską grupą reprezentantów rządu i administracji, z jednej strony, a równie wąską reprezentacją grup interesów, które bywają określane jak „polityczne powiązania” (*policy networks*). Mogą one mieć postać utrwalonych i funkcjonujących przez dłuższy czas układów, nazywanych „społecznościami politycznymi” (*policy communities*), albo zawiązywać się na krótki czas wokół specyficznie zdefiniowanych zagadnień jako „powiązania problemowe” (*issue networks*). Powstają w ten sposób samodzielne grupy, które funkcjonują – w swojej bieżącej działalności – poza społeczną i polityczną kontrolą. Oczywiście, niekiedy działanie małych, dobrze współdziałających zespołów jest niezbędne do rozwiązania określonego, technicznego problemu; trudno postulować pisanie projektu w dużej i otwartej grupie. Jednak w omawianym przypadku intencją zamykania się układu współpracy nie jest dążenie do technicznej skuteczności, ale raczej uzgodnienie bardziej kłopotliwych spraw i ukrycie ich w rozbudowanych szczegółach z nadzieją, że w publicznej debacie umkną one uwadze politycznych krytyków. Niekiedy w piśmiennictwie spotyka się termin „żelazne trójkąty” odnoszący się do politycznych pracowników ministerstw, urzędników służby cywilnej oraz wąskiej reprezentacji grupy interesu, zainteresowanej wynikami prowadzonych prac. Bardzo ścisła, hermetyczna współpraca trwa poprzez etap preparacji i implementacji, dając uczestnikom przedsięwzięcia bardzo dużą przewagę informacyjną – są wprowadzeni we wszystkie szczegóły – nad innymi uczestnikami procesu, co ułatwia im doprowadzenie go do końca, ale co czyni różne mechanizmy politycznej kontroli – także parlamentarnej – w znacznym stopniu nieskutecznymi. W niektórych sytuacjach może być to zgodne z dążeniami rządu, który rezygnuje z roli bezstronnego arbitra, a staje się wyrazicielem dążeń ważnych dla siebie grup społecznych. Postępowanie takie znajduje niekiedy uzasadnienie ideologiczne; dla zwolenników tezy o klasowym charakterze państwa będzie sprawą całkowicie naturalną, że rząd jest wyrazicielem dążeń klasy dominującej. W omawianej koncepcji chodzi raczej nie o dużą klasę społeczną, co raczej o szczególnie aktywne elity, reprezentujące niekiedy także szersze interesy. Między dużą grupą a elitą może dochodzić do konfliktu, jeśli szeregowi członkowie dochodzą do wniosku, że ich interesy są poświęcane na rzecz korzyści wąskich elit. Konflikty mogą także pojawiać się wewnątrz żelaznych trójkątów, gdy dochodzi do różnicy zdań co do słuszności przyjętej linii postępowania, a zwłaszcza, kiedy któraś ze stron uważa, że ponosi zbyt duże straty w porównaniu z oferowanymi jej korzyściami. Wśród korzyści znajdują się nie tylko dobra materialne, lecz również wpływy i polityczne poparcie dla rządu.

---

<sup>65</sup> S. Curtis, A. Taket, *Health societies. Changing perspectives*, Arnold, London..., 1996, s. 207 i n; C. Barker, *The health care policy process*, Sage Publications, London..., 1998, s. 81 i n.

<sup>66</sup> C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?* King's Funds, London 2000.

W „politycznych społecznościach” szczególną rolę pełnią przedstawiciele władzy – politycy i urzędnicy – którzy z reguły organizują proces, a nie są jedynie jednym z uczestniczących na równych prawach partnerów. Pełniąc rolę organizacyjną, mogą kontrolować przepływ informacji, a częściowo także kontakty między pozostałymi uczestnikami, co daje możliwość wpływu na ich wzajemne relacje. Mimo że władza jest zwykle zależna od współpracy z innymi w dziedzinie rozwiązywania problemów technicznych, co może niekiedy prowadzić do jej uzależnienia, to jednak przewaga pozycji pozwala zwykle tę dominację zniwelować. Jeśli jednak politycy są słabi, a przewaga przedstawicieli zainteresowanych grup zbyt widoczna, psychologiczne konflikty mogą znacznie utrudnić współpracę i osiągnięcie zadowalającego rozwiązania. Nie zawsze jednak wzajemne relacje w żelaznych trójkątach stają się antagonistyczne. Bardzo często współpraca taka – jeśli jest efektywnie realizowana – przynosi wielostronne korzyści. Już samo tworzenie politycznych środowisk wzmacnia położenie obydwu stron, które demonstrują zdolność współpracy. Wspólna praca daje możliwość wypracowania lepszych rozwiązań i ułatwia późniejszą implementację. Korzyści te są jednak możliwe do osiągnięcia pod warunkiem, że władza współpracuje z elitami, które mają poparcie swoich grup i będą akceptowały wypracowane w ich imieniu rozwiązania. Jeśli elity nie cieszą się autorytetem, współpraca z nimi może okazać się zupełnie bezowocna. Może się także zdarzyć, że elity utracą poparcie, bo przyjęte przez nich ustalenia zbyt daleko odbiegają od oczekiwań szeregowych członków grupy.

Istotna część decyzji i koncepcji jest przygotowana bez udziału przedstawicieli zainteresowanych grup, w czym biorą udział jedynie członkowie rządu i bardziej doświadczeni urzędnicy. W literaturze można spotkać analizę różnorodnych funkcji, jakie doświadczeni urzędnicy pełnią wobec polityków, a które dają im bardzo duży wpływ na przebieg procesu przygotowania i podjęcia decyzji<sup>67</sup>. Są wśród nich: selekcja materiałów, aby do polityków docierały sprawy o większym znaczeniu, kontrola przygotowywania materiałów do wewnętrznego i zewnętrznego użytku polityka; planista, przygotowujący długofalowy harmonogram spraw, w które polityk będzie musiał się angażować; uczestnik różnych grup planujących prace w ministerstwach i departamentach, jako pośrednik między politykiem a jego zapleczem politycznych (partią i jej aparatem), jako pośrednik w kontaktach z grupami nacisku, jako autor – zawsze techniczny, a niekiedy merytoryczny – wystąpień i przemówień polityka. Pełniąc te wszystkie funkcje, urzędnik, nawet nie mając formalnych uprawnień, może wywierać zasadniczy wpływ na przebieg zdarzeń. Dostępne wyniki badań pokazują, że wzajemne relacje między politykami i urzędnikami podporządkowane są zwykle wewnętrznym regułom, które w znacznej części mają charakter nieformalny, a ich treść częściowo jest zaczerpnięta z tradycji, a częściowo ulega zmianom wraz ze zmianą składu osobowego kręgu sprawującego władzę (zmiany urzędników są bardziej powolne). Nierzadkie są sytuacje, w których inicjatorem pod-

---

<sup>67</sup> C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?*, King's Funds, London 2000, s. 111.



jęcia problemu, albo autorem rozwiązania, jest doświadczony urzędnik, a nie polityk, który jest jego formalnym zwierzchnikiem. Może to prowadzić do napięć co do „własności” pomysłu, a niekiedy – kiedy ustalenie własności napotyka trudności, albo kiedy przywództwo polityczne jest zbyt słabe – do blokowania możliwości postawienia i rozwiązania problemu. W jakimś przynajmniej zakresie silne przywództwo polityczne, zwykle premiera, pozwala wprowadzić reguły przyczyniające się do bardziej efektywnej współpracy, niezależnie od konfliktów. Sprzyja temu specyficzna kultura polityczna, w której kładzie się nacisk na wartość kooperacji i grupowej lojalności.

## 1.4. Cele i zasady

Postawienie problemu celów i zasad procesów reformy może prowadzić analizę ku różnym zagadnieniom. Z jednej strony może chodzić o wskazanie celów, które powinny być realizowane przez systemy zdrowotne, przy czym może to dotyczyć zasad zapisywanych w ideowych, albo prawnych, dokumentach określających powinności krajowego systemu. W tym sensie można mówić o celach brytyjskiej narodowej służby zdrowia na podstawie przepisów odpowiedniej ustawy. Cele systemów zdrowotnych mogą być także ustalane na poziomie postulatów formułowanych przez badaczy, którzy mogą je uzasadniać zarówno przez argumentację pragmatyczną (funkcjonalną), jak i poprzez argumentację moralną (etyczną). Z drugiej strony, biorąc pod uwagę przedmiot tego opracowania, może chodzić o cele (zasady) samego procesu reformatorskiego. Cele reformy, których analiza może być prowadzona zarówno w perspektywie opisowej, jak i normatywnej, są zwykle interpretowane na dwa sposoby. Po pierwsze, jako cel reformy traktuje się postulat zadania systemowi zdrowotnemu tych celów, których posiadanie jest pod jego adresem postulowane. W ten sposób rozwiązania wypracowane w związku z badaniem i przebudową systemu są przenoszone na proces reformatorski, a treść celów systemu i reformy jest tożsama, koncentrując się na finalnych – wystarczająco długofalowych – efektach podejmowanych działań. Z drugiej strony, cele reformy mogą mieć charakter autonomiczny, jedynie luźno powiązany z nadrzędnymi celami systemu zdrowotnego. Przy takiej interpretacji treść celów dotyczy głównie sposobu organizowania procesu reformatorskiego, w którym uwzględnia się jego techniczną sprawność.

Należy też wspomnieć, że treść takich pojęć, jak: cele, misja, zadania, zasady pełni w realiach organizacyjnych bardzo różną rolę. Cel (cele) wyznacza stan rzeczy, do jakiego system – lub jego instytucje – mają dążyć i nieraz mówi się, że tak rozumiany cel stanowi rację istnienia (*raison d'être*) systemu. Gdyby miało okazać się, że system danego celu nie realizuje, racjonalnie zasadna byłaby jego likwidacja. Ale cel może także służyć jako podstawa podziału pracy i reguła ułatwiająca budowę struktur organizacyjnych, narzędzie mobilizacji jego członków oraz fasada budowana na użytek zewnętrzny dla pozyskania poparcia

i popularności, oraz jako kamuflaż używany do skrywania egoistycznych interesów. Cel jest także rozumiany jako racja podjęcia działań, co ma szczególne znaczenie przy interpretacji celów reformy, a odpowiedź na pytanie, dlaczego reforma została zainicjowana może prowadzić zarówno do problemów systemowych (reforma ma służyć przezwyciężeniu barier i niesprawności), jak i psychologicznych i politycznych (reforma jako wyraz aktywności publicznej). Cel reformy pełni również istotną rolę w ocenie jej efektów i wielu badaczy stoi na stanowisku, że rzetelna analiza procesu reformatorskiego może być prowadzona jedynie wtedy, gdy cele sektora zdrowotnego – i cele reformy – zostaną przedstawione dostatecznie precyzyjnie, najlepiej w postaci umożliwiającej ich kwantyfikację<sup>68</sup>. Choć całkowite spełnienie tego postulatu uważam za niemożliwe, to dążenie w kierunku jasności sformułowań zasługuje na całkowite poparcie.

#### 1.4.1. Cele systemów zdrowotnych

Problem celów systemów zdrowotnych od lat stanowi przedmiot intensywnych analiz, które doprowadziły do wypracowania wielu wniosków, powszechnie w literaturze uznanych. We wnioskach tych znajdują się twierdzenia o wielości celów, które współlistnieją i nie mogą być wzajem do siebie zredukowane, o współwystępowaniu celów powiązanych ze zdrowiem i celów związanych z organizacją systemów, o istnieniu celów różnych poziomów i konieczności – ale i trudnościach – ich hierarchizacji, o naturalnych konfliktach między celami, zwłaszcza celami związanymi z interesami różnych grup uczestniczących w funkcjonowaniu systemu. Biorąc zatem pod uwagę stan zgromadzonej wiedzy, przedstawione tu uwagi mają mieć jedynie charakter uzupełniający, dostarczając informacji rzadziej przedstawianych w piśmiennictwie.

Wśród szeroko akceptowanych celów systemów umieszcza się zwykle różne aspekty efektywności, sprawiedliwości, dodając niekiedy dodatkowe elementy. R. Evans pisał o powszechnie akceptowanych społecznie – czterech – celach systemów zdrowotnych<sup>69</sup>, podobnie H. Aaron<sup>70</sup>, J. White używał pojęcia „międzynarodowego standardu” na określenie cech przypisywanych powszechnie współczesnym systemom zdrowotnym<sup>71</sup>. C. Murray przedstawił wyniki dyskusji prowadzonej przez 12 ministrów zdrowia w Harvard School of Public Health, którzy jednogłośnie doszli do wniosku, że celem systemów zdrowotnych – opie-

---

<sup>68</sup> Ch.J.L. Murray, *Towards an analytical approach to health sector reform*, Health Policy, 32, 1995:93–109.

<sup>69</sup> R.G. Evans, *Going for Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:7–34.

<sup>70</sup> H.J. Aaron, *Competition in the Financing and Delivery of Health Care: Why, When, and How?* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:35–49.

<sup>71</sup> J. White, *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*, Brookings, Washington D.C. 1995, s. 271.

rali się na normatywnych wizjach kierowanych przez siebie systemów – jest możliwie największa poprawa stanu zdrowia, w ramach dostępnych limitów finansowych<sup>72</sup>.

Cennym źródłem informacji o omawianym problemie są strategiczne dokumenty na temat rozwoju i zmian systemów zdrowotnych, które zostały przygotowane w ostatnich latach w różnych krajach.

W znanym dokumencie amerykańskim stwierdzono, że są dwa nadrzędne cele: istotne zmniejszenie liczby zgonów i niesprawności systemu; podniesienie jakości życia i jego wydłużenie, przy zachowanej sprawności oraz wyeliminowanie różnic w stanie zdrowia różnych grup społecznych (grup różniących się płcią, rasą i przynależnością etniczną, dochodem, wykształceniem, poziomem sprawności, miejscem zamieszkania i orientacją seksualną)<sup>73</sup>. Podobnie został postawiony problem w rządowym dokumencie duńskim – programie zdrowotnym na lata 1999–2008 – dwa pierwsze cele dotyczą przedłużenia oczekiwanego trwania życia i życia w dobrym zdrowiu oraz redukcji różnic w stanie zdrowia różnych grup ludności, przez poprawę stanu zdrowia grup społecznie upośledzonych<sup>74</sup>. W niektórych krajach nadrzędne cele zdrowotne są wyraźnie wiązane z celami polityki społecznej, jak ma to miejsce w Szwecji, gdzie na pierwszym miejscu znalazło się przeciwdziałanie powiększaniu się różnic dochodowych, a dalej przeciwdziałanie ubóstwu, bezdomności, uzależnieniu od świadczeń pomocowych, marginalizacji<sup>75</sup>. Interesujące, że w tym dokumencie, poświęconym wszak zdrowiu, o wskaźnikach zdrowotnych mówi się jedynie pośrednio, koncentrując się na różnych jego uwarunkowaniach, takich jak: nadwaga, aktywność fizyczna, udział w diecie owoców, warzyw i alkoholu, liczne czynniki środowiskowe. Niekiedy można znaleźć twierdzenie, że aktywności prozdrowotne powinny być koordynowane z dążeniami do zrównoważonego rozwoju ekonomicznego, co sprzyja łagodzeniu konfliktów, a to z kolei ma pozytywne skutki zdrowotne<sup>76</sup>.

W jednym z dokumentów reformatorskich szczegółowo wskazano cechy, które powinny charakteryzować „dobry” system zdrowia publicznego<sup>77</sup>. Biorąc pod uwagę zakres tego pojęcia, tak jak było rozumiane w tamtym dokumencie, mogą być one potraktowane jako cel systemu zdrowotnego. Wśród wymienionych cech znalazły się następujące:

---

<sup>72</sup> Ch.J.L. Murray, *Towards an analytical approach to health sector reform*, Health Policy, 32, 1995:93–109.

<sup>73</sup> *Healthy People 2010. A Systematic Approach to Health Improvements*, Department of Health & Human Services, Washington D.C. 2001, [www.health.gov/healthypeople/Document](http://www.health.gov/healthypeople/Document)

<sup>74</sup> F. Kamper-Jorgensen, *The Danish Government Program on Public Health and Health Promotion*, European Centre for Health Policy, Brussels 2001.

<sup>75</sup> P. Ostlin, F. Diderichsen, *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden*, European Centre for Health Policy, Brussels 2000.

<sup>76</sup> *Defining the limits of public health*, The Lancet, 19 February 2000:587.

<sup>77</sup> *The Future of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Discussion Paper, October 2001.

- zdolność oddziaływania na uwarunkowania stanu zdrowia i przyczyny powstawania chorób, co jest warunkiem racjonalnych aktywności z dziedziny promocji, prewencji i ochrony zdrowia;

- zdolność podejmowania problemów związanych ze sprawiedliwością (nieuzasadnione różnice w stanie zdrowia przedstawicieli różnych grup społecznych): ich szanse życia w równie zdrowych warunkach, równego dostępu do świadczeń, przy poszanowaniu odmiennych tradycji kulturowych, powinny być przedmiotem skutecznych oddziaływań;

- partnerstwo, jako metoda identyfikowania problemów zdrowotnych, poszukiwania najlepszych metod interwencji oraz ich podejmowania. W partnerstwie realizowanym na szczeblu ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym, powinny uczestniczyć grupy tworzone według różnych zasad, społeczności lokalne i grupy konsumenckie;

- publiczne uczestnictwo, związane przede wszystkim z działaniem lokalnych społeczności, biorących udział w akcjach promocji zdrowia i akcjach zapobiegawczych. Ocena sytuacji, perswazja i planowanie skutecznych działań, przy wykorzystaniu lokalnie dostępnych zasobów, jest przedmiotem publicznego uczestnictwa;

- wielodyscyplinarne podejście: wykorzystując naukowe podstawy działań nie można ograniczać się do propozycji przedstawianych w ramach jednej dyscypliny naukowej;

- oparcie w ustaleniach naukowych, które jest niezbędne do podejmowania racjonalnych decyzji. W systemie zdrowotnym bardzo wiele zależy od wiedzy na temat przyczynowych zależności i ich ustalania – także w ocenie prawdopodobieństwa uzyskania pożądanego efektu ustalenia naukowe odgrywają rolę kluczową;

- zdolność wykorzystywania wyników analiz typu koszt–efekt i innych analiz efektywności. W ten sposób możliwości dokonywania racjonalnych wyborów znacznie się zwiększają;

- zdolność stałego naprawiania popełnianych błędów i wprowadzania usprawnień. Jeśli wiadomo, że żaden system nigdy nie osiąga stanu optymalnego – także po wprowadzeniu reformy – powinien posiadać rozwinięte możliwości autokorekty, traktowanej jako stale występujące działanie;

- trwałość systemu. Zakładając zmienność metod działania chodzi o zmienność gwarancji dostępu i korzystania, zgodnie z podstawowymi zasadami akceptowanymi w systemie. Gwarancje te obejmują zdolność systemu do odpowiadania na potrzeby populacji, przy dysponowaniu niezbędnymi zasobami.

W jednym z kanadyjskich dokumentów reformatorskich zaproponowano, aby nadrzędnym kryterium zasadności działań było dążenie do zachowania – lub częściej: przywrócenia – równowagi systemu zdrowotnego<sup>78</sup>. Miałoby to dotyczyć trzech rodzajów relacji, które mogą podlegać dysfunkcjonalnemu rozchwianiu: relacje między sektorem zdrowotnym a pozostałymi częściami go-

---

<sup>78</sup> *An Ounce of Prevention. Strengthening the Balance in Health Care Reform*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Issue Paper, May 2000.

spodarki, relacje między różnymi formami świadczeń produkowanymi i udostępnianymi w systemie zdrowotnym, relacje między wielkościami publicznego i prywatnego finansowania. We wszystkich tych układach nakładają się na siebie problemy wartościujące – już uznanie jakiegoś stanu rzeczy za będący, lub niebędący, w stanie równowagi jest sądem obciążonym wartościowaniem – i problemy techniczne, dotyczące rozważanego i wprowadzanego w życie mechanizmu zmiany. Są one również nieuchronnie wpisane w kontekst polityczny, ponieważ układ obciążeń poszczególnych grup – a jego kształt decyduje o istnieniu równowagi lub jej braku – uzależniony jest bezpośrednio od siły wpływu danej grupy na decyzje.

### 1.4.2. Cele reform

Pierwszy sposób podejścia do problemów celów reform polega na rekonstrukcji sformułowań zawartych w faktycznie realizowanych przedsięwzięciach (programach) reformatorskich. Kiedy badano treść reform opieki zdrowotnej w krajach należących do OECD – co jest dzisiaj oceniane jako klasyczne zastosowanie tego podejścia – okazało się, że niemal wszędzie są one definiowane w następujący sposób<sup>79</sup>:

- odpowiedni i sprawiedliwy dostęp obywateli do (przynajmniej) pewnego minimum opieki medycznej;
- ekonomiczna efektywność w skali makro: co definiowano jako postulat, aby koszty opieki zdrowotnej nie przekraczały pewnej zaakceptowanej wielkości produktu krajowego;
- ekonomiczna efektywność w skali mikro: posiadane przez instytucje zasoby powinny być wykorzystywane w sposób umożliwiający wytworzenie najbardziej skutecznych zdrowotnie świadczeń, zapewniając przy tym satysfakcję odbiorcy przy minimalnych kosztach.

Odtworzona wówczas lista celów reform sektora zdrowotnego zyskała dużą popularność i była później, ze względu na swoją przydatność, wielokrotnie wykorzystywana w różnorodnych analizach.

Do celów reformy można też docierać bezpośrednio, poprzez analizę odpowiednich dokumentów, co jest interesujące zwłaszcza w odniesieniu do przedsięwzięć najnowszych. Jednym z przykładów wyraźnie sformułowanych celów procesu przygotowania reformy była propozycja przedstawiona przez R. Romanowa w 2002 roku<sup>80</sup>. Znalazły się wśród nich zadania następujące:

- przedstawienie przekonującej i inspirującej wizji przyszłej opieki zdrowotnej, w której uwzględniane byłyby wartości i podejścia akceptowane przez przyszłych użytkowników (obywateli);

---

<sup>79</sup> *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Health Policy Studies No. 5, OECD, Paris 1994.

<sup>80</sup> R.J. Romanow, *The Shape of Health Care*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002 (strony www), s. 2.

- przedstawienie sposobów współpracy różnych instytucji rządowych (zwłaszcza władz ulokowanych na różnych szczeblach) po to, by doraźnie rozwiązywać problemy osłabiające działania publicznego systemu zdrowotnego;
- opracowanie i przedstawienie diagnozy najważniejszych (ukrytych) strukturalnych problemów, szkodliwych dla systemu, oraz przedstawienie rekomendacji dotyczących zmian polityki zdrowotnej, prowadzących do poprawy działania publicznego systemu w długim horyzoncie czasowym;
- przedstawienie zaleceń dotyczących nowych metod ułatwiających kooperację i współpracę między wszystkimi uczestnikami systemu zdrowotnego;
- w ramach wyborów dotyczących systemu finansowania należy dokonać wyboru między propozycją systemu opartego na wielości płatników – co otwiera możliwości wyboru i szanse rozwoju konkurencyjnego sektora prywatnego – a systemem z jednym płatnikiem, tańszym w sensie obsługi administracyjnej, ale pozbawionym rynkowych mechanizmów napędowych.

Drugie podejście polega na postulowaniu przez badaczy pewnego zestawu celów, które powinny być realizowane w przedsięwzięciach reformatorskich. Stosując to podejście, J. Hammer i P. Berman uznali, że w reformach sektora zdrowotnego powinny być realizowane przynajmniej trzy grupy celów<sup>81</sup>. Pierwszym celem powinna być poprawa zagregowanych wskaźników stanu zdrowia (*aggregate health status*). O poprawie stanu zdrowia jest mowa praktycznie we wszystkich dokumentach reformatorskich – przynajmniej w pewnej liczbie raczej ze względów perswazyjnych – ale w sformułowaniu przyjętym przez autorów jest rzadko spotykany element: mówi się bowiem o zagregowanych wskaźnikach, a nie generalnie o stanie zdrowia i powołuje się przykład wykorzystania DALY w raporcie Banku Światowego. Takie postawienie sprawy pozwala na wiązanie rozważanych rozwiązań reformatorskich z uzyskanym po jakimś czasie efektem – jeśli tylko mechanizm przyczynowy między wprowadzonym mechanizmem a poprawą stanu zdrowia będzie dostatecznie przekonujący. Cel drugi odnosi się do poprawy poziomu sprawiedliwości i zmniejszenia zakresu występowania biedy. Proponowane zmiany reformatorskie powinny być rozpatrywane z punktu widzenia możliwości udziału w realizacji tych celów (mówię o udziale, bo trudno sobie wyobrazić, by były to oddziaływania bezpośrednie). Przykładem może być program eliminujący ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia (ograniczenia słuchu lub wzroku) i zwiększający w ten sposób szanse zatrudnienia. Cel trzeci odnosi się do poprawy indywidualnego dobrobytu (*welfare*) osób, korzystających ze skutków zmian wprowadzonych przez reformę. Jeśli uznaje się, że zdrowie – lepsze zdrowie – jest elementem indywidualnej jakości życia (można stosować także ekonomiczne pojęcie użyteczności), to lepsze funkcjonowanie sektora zdrowotnego, które zwiększa możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych ma instrumentalne znaczenie z tego punktu widzenia.

Trzecie podejście polega na podjęciu przez badacza metaanalizy, w której nie definiuje się celów reformy, ale wskazuje się zasady, które powinny być sto-

---

<sup>81</sup> J.S. Hammer, P. Berman, *Ends and means in public health policy in developing countries*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:29–45.

sowane przy ich wyborze. Podążająca tą drogą J. Godinho pisała, że wybór celów reformy powinien być podporządkowany następującym kryteriom<sup>82</sup>:

- powinny być nastawione na ważne problemy zdrowotne;
- spełniać warunek efektywność (w sensie zadowalającej relacji koszt–efekt);
- być nastawione na zaspokajanie potrzeb biednych;
- być nastawione przede wszystkim na produkcję dóbr publicznych.

W teoretycznej perspektywie dobór przedstawionych kryteriów jest zapewne słuszny; problem polega na możliwości ich efektywnego wykorzystania w realizowanych procesach decyzyjnych. Trudność ta jest wynikiem nie tylko naturalnej różnicy opinii i interesów różnych grup społecznych, ale także z uwagi na niezbywalną konfliktowość celów, na którą zwracało uwagę wielu badaczy. Konfliktowa jest efektywność i sprawiedliwość, jako nadrzędne zasady polityki społecznej. Konfliktowa jest sprawiedliwość (równość) i zdolność systemu do odpowiadania na oczekiwania pacjentów. Równość oznacza w zasadniczym stopniu brak różnic regionalnych w poziomach korzystania, ich intensywności i sposobie leczenia porównywalnych przypadków. Tymczasem zdolność lokalnych systemów na oczekiwania pacjentów musi pociągać za sobą zróżnicowanie. Trudno bowiem zakładać, że mieszkańcy wszystkich regionów kraju mają takie same oczekiwania. Podobnie w konfliktowej sytuacji znajdował się inny często formułowany cel, jakim było zapewnienie większej swobody wyboru dokonywanego przez pacjentów. Dążenie do rozszerzenia jego stosowania mogło prowadzić do konfliktu z działaniami służącymi podnoszeniu efektywności wtedy, gdy rezygnowano ze stosowania mechanizmu rynkowego. Jeśli wybór mógł być traktowany jako deklaracja popytu, do konfliktu nie musiało dochodzić. Również bardzo ostrożnie stawiano problem autonomii świadczeniodawców opieki zdrowotnej. W wielu krajach problemem było raczej jej ograniczanie, niż rozszerzanie – inaczej rzecz się miała w krajach przechodzących transformację – ale powszechnie uznawano, że jest to wartość, którą należy brać pod uwagę.

#### 1.4.3. Kontekst polityki społecznej

R. Saltman i R. Busse posłużyli się pojęciem ogólnych zasad – celów – polityki społecznej i ekonomicznej<sup>83</sup>. Sądząc z kontekstu wypowiedzi – analiza dotyczyła inicjatyw podejmowanych w sektorach zdrowotnych – nie ma wątpliwości, że mogą one być wykorzystywane w badaniach i ocenie przedsięwzięć reformatorskich. Autorzy wymienili zasady następujące:

---

<sup>82</sup> J. Godinho, *Integrated Cost-Effective Care: The Missing Link between Community, Primary, and Secondary Care* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:43–56.

<sup>83</sup> R.B. Saltman, R. Busse, *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (editors), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:3–52, s. 14.

- równość i sprawiedliwość (*equity and justice*): polegające na zapewnianiu odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej na podstawie kryterium potrzeby całej populacji, a zwłaszcza osobom biednym, starszym, mieszkańcom terenów wiejskich, niepełnosprawnym i innym znajdującym się w trudnej sytuacji;
- spójność (*cohesion*) społeczna: organizowanie opieki zdrowotnej przy stosowaniu modelu narodowej służby zdrowia lub modelu ubezpieczenia społecznego;
- efektywność ekonomiczna (*economic efficiency*): zdolność ograniczania ogólnych wydatków zdrowotnych do granic wynikających z ekonomicznych możliwości;
- zdrowie i bezpieczeństwo: możliwość ochrony zdrowia w środowisku pracy, zapewnienie dostępu do czystej wody i bezpiecznej żywności;
- dobrze poinformowani i wykształceni obywatele: podejmowanie działań zmierzających do informowania obywateli i pacjentów na temat świadczeń zdrowotnych, leków i zachowań służących zdrowiu;
- indywidualny wybór: gwarancja możliwości wyboru świadczeniodawcy, niekiedy także płatnika, w zakresie nieprowadzącym do konfliktu z innymi zasadami.

Stosując wymienione zasady, skutki reform zdrowotnych mogą być wiązane z szerokim spektrum problemów polityki społecznej. Podejście takie niejednokrotnie było stosowane w analizach reform.

#### 1.4.4. Propozycje Raportu WHO 2000

Znacznie bardziej rozbudowaną propozycję kryteriów oceniania zmian w systemach zdrowotnych można znaleźć w Raporcie WHO z 2000 roku. Wskazano tam trzy podstawowe cele realizowane przez systemy zdrowotne: dobre zdrowie, zdolność odpowiadania na oczekiwania pacjentów i sprawiedliwość w ponoszeniu finansowych obciążeń<sup>84</sup>. Ponieważ żaden system nie jest strukturą statyczną, każdy podlega ewolucji i celowym zmianom, to zasadne jest uznanie, że w zasadach realizowanych przez reformy cele te muszą być brane pod uwagę. W charakterystyce opisowej można twierdzić, że reformy – mniej lub bardziej – wywierają wpływ na poziom realizacji każdego z nich. Jednak ważniejsza jest konstrukcja normatywna, której tworzenie zostało zainicjowane w związku z Raportem<sup>85</sup>. Zgodnie z nią należy przyjąć postulat, że reformy powinny zmieniać system nie tylko w taki sposób, aby stan zdrowia był lepszy, ale również aby różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup były redukowane. Zdolność odpowiadania na oczekiwania społeczne powinna być coraz większa, ale ponadto powinny być redukowane różnice w sposobie traktowania pod tym względem osób o różnym statusie społecznym. Rozkład obciążeń finansowych

---

<sup>84</sup> The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, WHO, Geneva 2000.

<sup>85</sup> Ch.J.L. Murray, J. Frenk, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:717–731.



powinien następować w bardziej sprawiedliwy sposób, a więc udział w finansowaniu świadczeń powinien być proporcjonalny do możliwości płacenia, a nie pozostawać w związku z indywidualnym ryzykiem zdrowotnym. W żadnym przypadku wysokość finansowych obciążeń nie powinna prowadzić do zagrożenia normalnego funkcjonowania gospodarstwa domowego w sferze materialnej. Na ogół sektor zdrowotny nie jest samodzielny we wprowadzaniu mechanizmów określających wielkość obciążeń, są one pochodną ogólnych rozwiązań służących redystrybucji dochodów. Specyficzny charakter normatywnych propozycji jest szczególnie wyraźny w sposobie konstruowania treści celu związanego ze zdolnością systemu do reagowania na oczekiwania społeczne. Wbrew nazwie nie chodzi o oczekiwania w sensie socjologicznym, kiedy mamy na myśli odtworzenie preferencji obywateli. Chodzi mianowicie bardziej o praktyczne stosowanie katalogu praw pacjenta, podzielonego na dwa podzbiory: sprawy odnoszące się do godności jednostki i sprawy odnoszące się do sytuacji konsumenta świadczeń zdrowotnej. W pierwszej grupie problemów umieszczono takie zasady, jak poszanowanie godności, autonomii, przestrzeganie tajemnicy. W drugiej grupie wymieniono koncentrację (świadczeniodawców i zarządzających systemem) na potrzebach zdrowotnych, zagwarantowanie właściwego poziomu infrastruktury (technicznego, architektonicznego), dostęp do społecznego wsparcia dla korzystających ze świadczeń zdrowotnych, przestrzeganie prawa wyboru świadczeniodawcy.

#### 1.4.5. Standardy sprawiedliwości

Koncepcja „standardów sprawiedliwości” (*benchmarks of fairness*) została wypracowana w ramach międzynarodowego projektu specjalnie na użytek autorów programów reformatorskich<sup>86</sup>. Chodziło o zbudowanie narzędzia pozwalającego na systematyczną ocenę przewidywanych – lub rzeczywistych – skutków reform, przy czym nadrzędną kategorią była zasada sprawiedliwości w interpretacji J. Rawlsa. Publikowana wersja została przeznaczona dla krajów rozwijających się, ale pierwotnie przeznaczano ją do zastosowania w USA i reforma Clintona była oceniana za jej pomocą. W koncepcji wskazano dziewięć standardów odnoszących się do wymiarów systemu zdrowotnego, które zostały uznane za najważniejsze, każdy standard został opisany za pomocą terminów bardziej specyficznych, a każdy z terminów był definiowany za pomocą wskaźników. Standardy mogą być wykorzystane do statycznej oceny dowolnego systemu, w określonym punkcie czasowym, ale mogą także służyć ocenie zmian związanych z postępowaniem reformatorskim, zgodnie ze swoim przeznaczeniem. Ewaluacji poddaje się wtedy prawdopodobne, wynikające z projektu, zmiany w dziedzinach opisywanych standardami. Ocenie można też poddać zmiany faktycznie uzyskane. Jeśli stan późniejszy jest bliższy cechom zawartym

---

<sup>86</sup> N. Daniels, J. Bryant, R.A. Castano, O.G. Dantes, K.S. Khan, S. Pannarunothai, *Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:740–750.

w standardach, to przedsięwzięcie reformatorskie zasługuje na ocenę pozytywną, a więc wdrożenie lub kontynuowanie. Jeśli zmiany prowadzą do oddalania się od standardu, projekt należy oceniać negatywnie. W standardzie uwzględniono następujące wymiary:

1. Międzysektorowe zdrowie publiczne (uwarunkowania środowiskowe).
2. Finansowe bariery dostępności (także zjawiska korupcyjne).
3. Pozafinansowe bariery dostępu (redukcja czynników dyskryminujących).
4. Kompleksowość świadczeń i ich jednolitość.
5. Sprawiedliwe finansowanie.
6. Skuteczność (*efficacy*), efektywność (*efficiency*) i jakość opieki (warunkiem jest istnienie zaplecza informacyjnego).
7. Efektywność administracyjna.
8. Demokratyczna odpowiedzialność i możliwości jej egzekwowania (*empowerment*).
9. Autonomia pacjenta i świadczeniodawcy.

Dobór szczegółowych parametrów standardu poświadcza zasadność wiązania go z kategorią sprawiedliwości. Wiąże ona procesy zachodzące w sektorze zdrowotnym z całą polityką społeczną.

## 1.5. Fazy procesu

Badacze od dłuższego już czasu próbowali ustalić sekwencję działań reformatorskich zwiększających szanse powodzenia. Wydawało się bowiem bezsporne, że proces tak złożony, jak reforma opieki zdrowotnej, musi być podzielony na mniejsze i jasno wyodrębnione całości, wobec których można stosować różne techniki społecznego oddziaływania lub zarządzania. Prace takie były podjęte już na początku lat 90. przez grupę naukowców amerykańskich (procedura siedmiu kroków)<sup>87</sup>. Inna wersja koncepcji była przedstawiona w dokumencie przygotowanym przez Europejskie Biuro WHO w połowie lat 90. w związku z konferencją poświęconą analizie doświadczeń w dziedzinie reformowania sektorów zdrowotnych<sup>88</sup>. W opracowaniu poświęconym problemom zarządzania systemem zdrowotnym Ch. Murray i J. Frenk wymienili sześć typów działań niezbędnych w procesie zarządzania systemem zdrowotnym<sup>89</sup>. Także doświadczenia krajów rozwijających się były wykorzystywane przy rozwijaniu koncep-

---

<sup>87</sup> J.C. Gaffney, S.M. Browning, E.B. Hirshfeld, *Proposals to reform the U.S. health care system: a critical review*, Health Economics, vol. 1, no. 3, 1992:181–203.

<sup>88</sup> *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies* (Preliminary version), WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1996 (materiały na Konferencję w Lublanie 17–21 czerwca 1996), s. 257 i n.

<sup>89</sup> Ch.J.L. Murray, J. Frenk, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:717–731.

cji strukturyzowania procesów reformatorskich<sup>90</sup>. W tym miejscu przedstawione będą tylko dwie, stosunkowo nowe i mniej znane koncepcje.

### 1.5.1. Koncepcja G. Walt

G. Walt wskazała na konieczność przeprowadzenia złożonej procedury przygotowawczej, która powinna poprzedzać właściwy proces reformatorski<sup>91</sup>. Powinna ona obejmować pięć etapów. Etap pierwszy to prowadzona na poziomie makro analiza stopnia trudności – lub łatwości – z jaką zmiany polityki zdrowotnej (lub koncepcja reformatorska) mogą być wdrożone w systemie. W analizie tej konieczne jest postawienie diagnozy, biorąc pod uwagę sytuację wyjściową (zastany stan instytucji i kształt reformy będący przedmiotem wdrożenia). Jednak wynik wstępnej analizy może sugerować konieczność przeprowadzenia takich zmian w koncepcji reformy, które zwiększałyby szanse jej implementacji. Konieczne też może okazać się przygotowanie zaplecza ułatwiającego wdrożenie. Wśród tych zmian, które mają dwojaki charakter, wymienić można: przeformułowanie racji uzasadniających reformę, aby argumenty były jednoznaczne, przeformułowanie celu (jeden, jasno sformułowany cel ułatwia proces), wyraźne przedstawienie spodziewanych korzyści i wskazanie, kto będzie beneficjentem, szczere przedstawienie kosztów i określenie, kto będzie je ponosić, ograniczenie – w miarę możliwości – zakresu przeprowadzanych zmian. Z drugiej strony skuteczne może być powołanie do życia instytucji odpowiedzialnej za reformę, zwłaszcza za jej wdrożenie, oraz skrócenie – też w miarę możliwości – okresu jej implementacji, a przynajmniej ustalenie, kiedy pozytywne efekty mogą być realnie spodziewane. Etap drugi polega na wyraźnym wskazaniu do jakich wartości – moralnych, społecznych – odwołują się plany reformatorskie. Bardzo często związek między racjami i celami reformy jest zawieszony w aksjologicznej pustce, zwłaszcza kiedy wartości te nie są w społeczeństwie interpretowane w sposób uzgodniony i powszechnie aprobowany. Na tym etapie może się okazać, że wartości, którym służy reforma nie są zgodne z deklarowanym kierunkiem polityki społecznej (programem politycznym, wyborczym), co ujawnia konflikt intencji, oświadczeń i czynów. Sytuacja taka w realiach politycznych wcale nie jest rzadka, więc należy zawczasu podjąć kroki zapobiegawcze, zanim opozycja uczyni z niej przedmiot politycznego ataku. W związku z tym konieczny jest wysiłek perswazyjny (propagandowy), który może przekonać zwolenników i przynajmniej zneutralizować przeciwników;

---

<sup>90</sup> S. Savas, A. Ustunel, *Planning the Implementation of Health Sector Reform in Central Asia* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:137–142; P.L.N. Sikosana, Q.Q.D. Dlamini, A. Issakov, *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997, s. 3.

<sup>91</sup> G. Walt, *Implementing health care reform: a framework for discussion* [w:] *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellariades, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:365–384.

i oczywiście byłoby lepiej, gdyby mógł opierać się na rzeczowych i rzetelnych argumentach. Trzeci etap powinien polegać na przeprowadzeniu analizy podmiotów zainteresowanych działaniem sektora zdrowotnego (aktorów, udziałowców). Szczególnie ważne jest przejrzanie interesów grup i jednostek, które mogą ponieść straty w wyniku wdrożenia reformy. Należy zwrócić uwagę na subiektywne poczucie krzywdy, które niekiedy może być odległe od faktycznych strat, i które może dotyczyć różnych symbolicznych sfer wpływów i prestiżu. Przygotowanie prawdopodobnego rozkładu podmiotów sprzeciwiających się wdrożeniu powinno umożliwić opracowanie strategii pozyskiwania sojuszników i przekonywania wrogów. Sojuszników warto zachęcać do czynnego okazywania poparcia, co przynosi profity zarówno polityczne, jak i techniczne. W niektórych przypadkach korzystne może okazać się wprowadzenie zmian w treści mechanizmów reformatorskich, gdyby miało to zwiększać prawdopodobieństwo skutecznej implementacji. Etap czwarty powinien dotyczyć dostępnych zasobów finansowych, technicznych i w dziedzinie zarządzania. Autorka zaleca analizę kosztów i korzyści zasobów dostarczanych z zewnątrz, także w postaci donacji i pożyczek zagranicznych (warto sprawdzić, czy ich pozyskanie nie pociąga za sobą na przyszłość trudnych do spełnienia zobowiązań). Ważne jest przewidzenie zachowań grup – jednostek, kategorii zawodowych, instytucji – które będą próbować uzyskać naturalne korzyści w zmienionej sytuacji (*rent seeking*). Przejrzany powinien być układ zarobków i dochodów, jak również ich wysokość. Zarówno dochody za niskie – powodujące brak motywacji i załamanie się morale, jak i dochody za wysokie – zbędne nakłady nierekompensowane korzyściami, są dla reformy bardzo niekorzystne. Niekiedy zachęcenie do wdrożenia mechanizmów reformatorskich wymaga zastosowania dodatkowych bodźców finansowych, co powoduje wzrost kosztów całego przedsięwzięcia, ale może być niezbędne do osiągnięcia całości. Należy ocenić koszt pozyskiwania i agregowania informacji niezbędnych do racjonalnego podejmowania decyzji w nowych uwarunkowaniach. Niektóre rozwiązania wymagają dodatkowych i bardziej precyzyjnych informacji, co musi pociągać za sobą dodatkowe wydatki. W ocenie ogólnego kosztu reformy takie pozycje wydatków muszą być uwzględnione. Podobnie należy postępować z wydatkami na procesy monitorowania, nadzoru i kontroli oraz koszty sankcji, które w ich wyniku będą stosowane. Może okazać się, że wydatki te będą większe, niż wartość szkód wywołanych uchybieniami, będącymi przedmiotem dochodzeń. Istotne jest także – dodajmy – uwzględnienie kosztów transakcyjnych i administracyjnych, zależnych od kształtu wdrażanych struktur. Etap piąty powinien obejmować pozyskiwanie i budowanie poparcia dla samego procesu wdrożeniowego. Dobrą metodą jest wczesne angażowanie do współpracy – jeszcze w fazach opracowywania projektu – osób zarządzających systemem. Ich udział w badaniach towarzyszących przygotowywaniu projektu pozwala wzbogacać jego treść i przygotować analizę barier, które reforma może napotykać w późniejszych fazach. Ich wiedza o szczegółach dotyczących systemu, także znajomość osób, pozwala identyfikować liderów środowiskowych, których opinie będą mogły

wspierać proces wdrażania. Szczególnie cenna byłaby współpraca osób cieszących się wysokim prestiżem zawodowym w kręgach medycznych. Oni, oraz inni doświadczeni praktycy, pomogliby doskonalić opracowywane plany wdrożeń, także wskazując ich słabe strony, potencjalne zagrożenia i podpowiadając metody ich szybkiego wykrywania. Ale nie tylko wybrane, wpływowe jednostki powinny być traktowane jako partnerzy, także szeroka opinia publiczna powinna być informowana o sensie reformy i potencjalnie możliwych do osiągnięcia korzyściach. Oczywiście, podstawowa informacja, jak pacjenci powinni zachowywać się w nowym systemie, jest elementarnym, technicznym warunkiem skutecznego wdrożenia reformy.

### 1.5.2. Koncepcja I. Morrisona

Na podstawie koncepcji przedstawionej przez I. Morrisona można rozwinąć normatywną, złożoną wizję procesu reformatorskiego, podzielonego na pięć faz, która miała spełniać zarówno kryteria pragmatyczne, jak i podporządkowania demokratycznym wartościom<sup>92</sup>. Zgodnie z propozycją, faza pierwsza składa się z kilku elementów. Element pierwszy to uzyskanie zgody co do wartościującej podstawy proponowanych zmian. Wprawdzie powszechnie deklaruje się poparcie dla wartości jaką jest sprawiedliwość (*equity*), ale zakres jej rzeczywistej aprobaty jest bardzo zróżnicowany, tak jak zróżnicowana jest interpretacja tej kategorii. Są społeczeństwa zorientowane egalitarnie – Skandynawia – i tam powinna być przestrzegana zasada równości – ale są takie, gdzie kategoria sprawiedliwości będzie rozumiana jako gwarancja minimalnego poziomu świadczeń dla wszystkich, bez zastrzeżeń co do możliwości jego przekraczania *in plus*. W społeczeństwie akceptującym nagradzanie indywidualnych osiągnięć nie można wprowadzać zakazu możliwości kupowania sobie z własnych środków dodatkowych świadczeń i podwyższonego standardu medycznego, co oczywiście z klasyczną interpretacją sprawiedliwości nie jest zgodne. Przygotowanie sensownych propozycji dla sektora zdrowotnego, jeśli nie ma napotkać oporu, musi jednak uwzględniać faktycznie akceptowaną koncepcję. Element drugi dotyczy ustalenia zasady pozyskiwania środków finansowych: czy podstawą jest ocena indywidualnego ryzyka, czy uśrednione ryzyko społeczności. Rozstrzygnięcie to pozostaje w bezpośrednim związku z interpretacją podstawowych wartości – w tym z zasadą solidarności – ale jest niezbędne do budowania mechanizmów finansowania sektora zdrowotnego. Im bardziej akceptowana jest orientacja indywidualistyczna, tym większe poparcie dla uwzględniania indywidualnego ryzyka – i *vice versa*. W argumentacji wspierającej takie stanowisko będzie się wskazywało, że ryzyko zależy także od okoliczności znajdujących się pod kontrolą jednostki (styl życia), może być więc podstawą sprawiedliwie rozkładanych finansowych obciążeń. Dla przeciwników tego

---

<sup>92</sup> I. Morrison, *Health Care in the New Millennium. Vision, Values, and Leadership*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 2000.

rozwiązania bardziej przekonująca będzie argumentacja, że znaczna część stanu zdrowia nie jest zależna od indywidualnych decyzji, co w literaturze nazywa się zwykle sprzeciwem wobec obciążania ofiar złego stanu zdrowia (*blaming of victims*). Po trzecie, należy ustalić zakres tolerowanych różnicowań, istniejących w ramach systemu krajowego. Oczywiście, pewne standardy muszą być wspólne – być może wprowadzane przez państwowy autorytet – ale pełne, czy tylko daleko idące ujednolicenie systemu jest mrzonką, o czym przekonano się w wielu dążących do jednolitości systemach europejskich. Równość dostępu, równość korzystania, jednolitość procedur i stylu praktyki mogą być traktowane jako cele, ale cele nigdy do końca nierealizowane. Stąd wartość pytania o granice akceptowanych odrębności, zwłaszcza, jeśli przewidywać można rozwój lokalnej demokracji, można spodziewać się, że lokalne władze będą chciały umieszczać lepszą opiekę zdrowotną wśród swoich priorytetów, a aprobatą obywateli polegałaby nie tylko na werbalnym poparciu, lecz na gotowości ponoszenia większych obciążeń. Element czwarty dotyczy sposobu społecznego postrzegania uwarunkowań stanu zdrowia i powiązanego z tym obrazu funkcji systemu zdrowotnego. Łańcuchy uwarunkowań stanu zdrowia pozwalają wskazać miejsca – i sprawców – złego i dobrego zdrowia. Przekonania dotyczące tych spraw pozwalają określić zakres akceptowanych interwencji w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, chociaż nie przesądza to o formie aprobowanych interwencji. Na ile interwencje mogą być efektem inicjatywy i przedmiotem działalności instytucji publicznych zależy dodatkowo od przekonań dotyczących zakresu aprobaty dla takich aktywności. Zwłaszcza aktywności rządów mogą spotykać się z nieufnością, lub wręcz być odbierane jako nieuprawniona interwencja w sferę prywatności. Element piąty to ustalenie zakresu i siły legitymizacji różnych aktorów uczestniczących w działaniu sektora zdrowotnego: rządu, rynku, trzeciego sektora. Wiedza empiryczna pozwala jednoznacznie twierdzić, że sektor zdrowotny nie może być ekskluzywnie poddany żadnemu z tych uczestników, ale sprawa akceptowanego podziału wpływów pozostaje sprawą otwartą. Sprawa legitymizacji ma bezpośrednie przełożenie praktyczne: jej konsekwencją jest aprobowany podział obciążeń finansowych, w ponoszeniu których biorą bezpośrednio udział rząd, gospodarstwa domowe i pracodawcy. Wielu badaczy twierdzi, że intensywne zaangażowanie publiczne – historycznie uzasadnione – nie ma współcześnie merytorycznych racji, komplikuje przepływ środków i tworzy złudzenie specjalnej troski o pracownika (kwota składki wpłacanej przez pracodawcę może być w dowolnej formie przekazywana na finansowanie opieki zdrowotnej). Element szósty dotyczy stosunku społeczeństwa do nowych technologii i, bardziej ogólnie, do innowacji. Nowoczesna medycyna rozwija się w znacznym stopniu pod presją nowych technik. Niektóre z nich stosowane są z oczywistą korzyścią dla pacjenta i pojęcie „postępu” w żadnej mierze nie powinno być objęte anatemą. Jednak w wielu przypadkach stosowanie nowych technik służy albo profitowi producentów, albo prestiżowi świadczeniodawców, bez troski o racjonalne uzyskiwanie efektów

zdrowotnych. W planach reformatorskich należy zatem ustalić, na ile nacisk na rozwój techniczny ma być priorytetowym zadaniem systemu.

Faza druga powinna polegać na ustanowieniu i wykorzystaniu efektów mechanizmu prowadzenia dialogu między różnymi uczestnikami systemu zdrowotnego, nie wspominając o integracji działań. W znacznym stopniu problemy we wzajemnym porozumieniu są następstwem rozpowszechnienia się podejścia opartego na konkurencji, a nie na współpracy. W wielu sytuacjach rozwój konkurencji – co w nieunikniony sposób prowadziło do załamania się współpracy – był przedstawiany jako warunek poprawy efektywności. W fazie tej warto rozważyć dwa problemy. Po pierwsze, jaki element struktury – jaką część krajowego systemu zdrowotnego, będzie się traktowało jako punkt odniesienia, wokół którego koncentruje się działania prozdrowotne. Może to być wyodrębniona populacja (grupa wielu populacji), struktura władzy, dostatecznie duży układ instytucji zdrowotnych, wokół których organizuje się dialog i współpracę. Po drugie, jak zbudować forum wymiany informacji i poglądów, wymianę ułatwiającą wzajemne zrozumienie interesów i intencji. Ważną linią podziału, wokół której instytucja taka może działać, jest podział na instytucje publiczne i niepubliczne (szczególnie istotne w warunkach rynkowych), ale bardzo pozytywne wyniki może dawać rozmowa między płatnikami, świadczeniodawcami i wytwórcami leków i środków farmaceutycznych. Wiele nieporozumień co do celów każdego z tych podmiotów, realizowanych we wzajemnych relacjach, mogłoby być w ten sposób wyjaśnionych. Podkreślić przy tym należy, że organizacja zasad współpracy miałyby posłużyć nie tylko uzgodnieniu planów reformy, ale stać się stałym elementem funkcjonującym w zreformowanym systemie.

Faza trzecia powinna być poświęcona organizowaniu współpracy ze środowiskiem lekarzy. O każdym systemie można powiedzieć, że reforma ma większe szanse powodzenia pod warunkiem pozyskania poparcia tego środowiska, ale w niektórych krajach, gdzie lekarze są lepiej zorganizowani, a ich reprezentanci tworzą instytucje bardziej wpływowe, ich poparcie jest warunkiem koniecznym. Są też kraje, gdzie ich pozycja społeczna i finansowa wzmacnia się wynikającą z roli odgrywanej w sektorze zdrowotnym. Stawiając taką tezę, warto odnotować, że wiele poczynąń reformatorskich ostatnich lat było realizowanych przy przyjęciu przesłanki, że lekarzy należy raczej zmusić do ustępstw, niż pozyskać do współpracy. Rozszerzanie zakresu stosowania narzędzi finansowych często stawiało lekarzy w sytuacji konfliktu, a wzrost siły menadżerów i finansistów osłabiał pozycję i prestiż lekarzy. Niektórzy lekarze ponieśli także rzeczywiste straty w poziomie dochodów (Niemcy, Francja, Kanada, Wielka Brytania), a ich pewność zatrudnienia uległa zmniejszeniu, wraz z pojawieniem się zjawiska bezrobocia. W efekcie w wielu krajach lekarze przyjęli postawę defensywno-agresywną, stawiając się bardziej w roli krytycznych – niekiedy wrogich – recenzentów wdrażanych poczynąń, niż ich twórczych współuczestników. Wydaje się, że, szukając porozumienia ze środowiskiem lekarzy, należy dążyć do rozwiązania dwóch problemów. Po pierwsze, ustalić – drogą wzajemnych kompromisów – poziom dochodów, które zostałyby uznane za zasadniczo

sprawiedliwe, biorąc pod uwagę sytuację gospodarczą kraju i akceptowane tam pułapy zarobków. Być może osiągnięty kompromis miałby jedynie charakter tymczasowy, ale warto wtedy wyznaczyć czas, podczas którego obowiązuje i kiedy strony będą przestrzegać zasadę „pokoju społecznego”. Po drugie, należy ustalić podstawowe zasady organizowania świadczeń i czynić to w zgodzie z wytycznymi efektywnego organizowania pracy, bez ulegania złudnej mitologii medycyny jako wolnego zawodu. Lekarze powinni być przecież naturalnymi sojusznikami w dążeniu do budowy bardziej efektywnego systemu.

Czwarta faza to, uczciwa rozmowa – jak podkreślał Morrison – z konsumentami świadczeń zdrowotnych. Ponieważ są oni jednocześnie wyborcami i uczestniczą – przynajmniej pośrednio – w podejmowaniu decyzji, rzadko są traktowani poważnie, a znacznie częściej stają się przedmiotem manipulacji. Polega ona na tym, że różne zainteresowane podmioty, aktorzy biorący udział w grze o władzę nad systemem – przedstawiają tylko częściowe racje, niezbędne do uzyskania doraźnego poparcia, bez troski o bardziej długofalowe konsekwencje sugerowanych czy narzucanych preferencji. Mało się mówi o popartych dowodami argumentach na temat uwarunkowań stanu zdrowia, skuteczności i skutków ubocznych proponowanych metod leczniczych, konsekwencji finansowych i społecznych proponowanych zasad organizacyjnych. Jeśli konsumenci mają być wartościowym partnerem, muszą być dobrze poinformowani, co służyłoby zarówno jakości decyzji dotyczących sektora zdrowotnego, jak i jakości demokracji w szerszym wymiarze. Warto zwrócić uwagę, że mimo stosowania terminu „konsument” od osób aktualnie lub potencjalnie korzystających ze świadczeń zdrowotnych oczekuje się czegoś więcej niż tylko wyborów dokonywanych na rynku świadczeń zdrowotnych: chodzi o ich współudział w kształtowaniu zasad obowiązujących na tym rynku. W decyzjach tych szczególnie ważne jest uświadamianie wszystkim zainteresowanym konfliktowego charakteru dokonywanych wyborów. W dziedzinie zdrowia bardzo rzadko zachodzi sytuacja albo-albo. Rzadko procedura czy lek, oferowane w opiece zdrowotnej, są całkowicie skuteczne lub nieskuteczne, rzadko rozwiązanie organizacyjne ma tylko wady lub zalety. Na ogół korzyści współwystępują ze stratami, a postęp w jednej dziedzinie dokonuje się za cenę braku postępu – a być może nawet regresu – w innej. Przykładem zastosowania omawianej zasady były próby wprowadzania reguł jawnego racjonowania, kiedy działo się to przy wykorzystaniu metod szerokiej konsultacji i przy poparciu społeczności. Świadomość konfliktowego charakteru wyborów chroni przed uleganiem mało uzasadnionym obietnicom, które chętnie są przedstawiane przez skłonnych do manipulowania stanowiskiem konsumentów i opinii publicznej, co może prowadzić nawet do świadomej akceptacji reguł racjonowania.

Piąta faza powinna polegać na umiejscowieniu proponowanych doraźnie zmian w dłuższej perspektywie czasowej. Mimo powszechnie dzisiaj odrzucanej przesłanki o konieczności – a nawet możliwości – budowania modelu docelowego, niezbędne – także psychologicznie – jest tworzenie wizji dalszego rozwoju. Pojęcie wizji dobrze oddaje formułowany tu postulat. Skoro niemożliwe jest



tworzenie szczegółowego wzorca przyszłej struktury systemu, to warto jasno stawiać sprawę wartości, którym system ten powinien być podporządkowany.

\* \* \*

Przegląd pozycji definicyjnych dotyczących reformy zdrowotnej przyczynił się bardziej do ujawnienia wielości aspektów przygotowywanych i wdrażanych działań, aniżeli doprowadził do uzgodnienia jednoznacznych znaczeń terminu. Nie jest to jednak znaczącą niedogodnością, bowiem uznanie – bądź nieuznanie – zmian za reformę rzadko bywa osią kontrowersji, w przeciwieństwie do ich treści i sensowności. Interesującym problemem okazała się natomiast łatwość zacierania opisowego i normatywnego wymiaru reform, bardzo często rola analiza przekształcała się w rolę tego, kto reformę ulepsza.

## ***CZĘŚĆ II***



## Rozdział 2

# PRZEBIEG ZDARZEŃ

Zadaniem z góry skazanym na niepowodzenie byłaby próba dokonania szczegółowego opisu reform zdrowotnych prowadzonych w kilkunastu krajach. W większości przypadków nawet wtedy, gdy jednostkowa reforma jest analizowana, liczba publikacji i raportów objętościowo przekracza ramy sporej biblioteki. Jeżeli zatem przedstawiam w tym rozdziale charakterystykę reform – co jest niezbędne do uchwycenia specyfiki tego zjawiska – to z pełną świadomością jawnie przyjętych ograniczeń. Ograniczenia są dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, dla większości krajów przedstawiam jedynie zarys głównych wydarzeń, co ma pozwolić na prześledzenie najważniejszych kierunków przygotowywanych i wdrażanych zmian, a zwłaszcza ich zawirowań. Po drugie, dla kilku krajów, których reformy zostały poddane szczególnie wnikliwej analizie, dostępnej w międzynarodowym piśmiennictwie, przedstawiam charakterystyki bardziej pogłębione. Ich zakres jest jednak również ograniczony – co jest bolesne, biorąc pod uwagę bogactwo istniejących materiałów – poprzez podporządkowanie wyboru opisywanych problemów wiodącym pytaniom stawianym w tej pracy – pytaniom o ciągłość i zmianę instytucji systemu ochrony zdrowia.

### 2.1. Charakterystyki ogólne

#### *2.1.1. Australia*

Jak napisał A. Bloom, analizując zmiany wprowadzane w Australii i Nowej Zelandii:

„Sercem każdej reformy jest poszukiwanie bardziej zadowalającej odpowiedzi na zasadniczo te same pytania: jak system powinien być finansowany, jak organizować pro-

dukcję świadczeń, jak zapewnić i chronić sprawiedliwość, jak monitorować i utrzymywać jakość świadczeń”<sup>1</sup>.

Od 1984 roku działał publiczny system (Medicare) dający gwarancje dostępu do świadczeń. Mimo licznych zmian, traktowanych łącznie jako reforma, pozostał on rdzeniem sektora zdrowotnego. Radykalizm zmian w sektorze zdrowotnym był bowiem zawsze osłabiany ogólną sytuacją polityczną. Chodziło przede wszystkim o federalną strukturę państwa – wpływ rządów prowincji tonował zwykle skrajne propozycje – co wymagało utrzymywania stałej równowagi między szczeblem federalnym i prowincjonalnym.

Wśród problemów dostrzeganych jako systemowe uciążliwości dominowały takie, jakie występowały także w innych krajach: ograniczenia finansowe, wzrastające zapotrzebowanie wynikające z nowych technologii i zmian demograficznych, trudności integrowania opieki, niedostateczne przestrzeganie standardów jakościowych, presja ze strony pacjentów, którzy dążyli do zwiększenia swojej samodzielności. Były jednak także problemy specyficzne. Występujące powszechnie różnice w stanie zdrowia i korzystaniu z opieki przybierały postać upośledzenia rdzennych mieszkańców Australii, co dotyczyło nie tylko zdrowia, ale wielu innych wymiarów sytuacji społecznej. Także rosnące zapotrzebowanie na świadczenia szpitali prywatnych stawało się problemem wobec słabości prywatnych ubezpieczeń, które mogłyby pokrywać powstające koszty. W związku z tym wśród celów, prócz podkreślenia celu dotyczącego zdrowia i sprawiedliwości, znalazł się specyficzny cel dotyczący rozwoju sektora prywatnego. Sektor ten powinien być uzupełnieniem sektora publicznego, w sensie zakresu świadczeń, ale powinien być także uczciwy (*fair*), ustalający ceny na poziomie umożliwiającym korzystanie (*affordable*) i efektywny (*good value for money*).

W 1991 roku przedstawiono program organizowania świadczeń w sposób umożliwiający ich integrację, a więc kompleksowe zaspokajanie potrzeb. Nie doprowadziło to jednak do inicjatyw ustawodawczych, a ograniczyło się do wdrożenia kilku projektów pilotażowych, które były adresowane do grup ludności o potrzebach zdrowotnych wyższych niż przeciętne. Dotyczyło to ludności autochtonicznej i ich wynik był oceniany pozytywnie, ale, biorąc pod uwagę specyfikę tej populacji, trudno sądzić, by zdobyte doświadczenia mogły być łatwo przenoszone do całego systemu.

W 1996 roku uzgodniono sześć priorytetowych problemów zdrowotnych, odpowiedzialnych za około 70% obciążenia społeczeństwa chorobami, wokół których miały się koncentrować działania systemu: choroby układu krążenia, nowotwory, urazy, problemy zdrowia psychicznego, cukrzyca i astma. Realizując te działania, wdrożono wiele programów z zakresu promocji zdrowia.

Australijskie prowincje zachowują duży stopień swobody w organizowaniu ochrony zdrowia, występują więc między nimi duże różnice. O tym, co wspólne można powiedzieć, że w latach 90. wprowadzono – lub wzmocniono – różne mechanizmy służące kontrolowaniu wydatków. W ramach publicznego systemu

---

<sup>1</sup> Cytowane według *Health Care Systems in Transition. Australia*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 79.

finansowania świadczeń obejmowały one szersze stosowanie formuły kapitacyjnego wynagrodzenia, limity wydatków za poszczególne świadczenia, niekiedy limity wyrażone w jednostkach naturalnych (np. w radiologii), limity dotyczące liczby świadczeniodawców upoważnionych do podejmowania decyzji pociągających za sobą konsekwencje finansowe. Zaostrzono wymogi indywidualnego udziału w pokrywaniu wydatków na leki, dzieląc leki na różne kategorie o zróżnicowanym udziale pacjenta, ale jednocześnie wprowadzono zasadę, że powyżej pewnej kwoty pacjent jest z opłat całkowicie zwolniony. Do wieloletnich kontraktów zawieranych ze szpitalami wprowadzono kryteria wiążące przekazywane kwoty z efektywnością, głównie ze strukturą i liczbą hospitalizowanych przypadków. W literaturze można znaleźć informacje, że prowincje, które szybciej zdecydowały się na wprowadzenie tego rodzaju rozwiązań, odniosły większe korzyści w postaci podwyższonej efektywności.

Niektóre prowincje wprowadzały w szerszym zakresie mechanizmy rynkowe i konkurencję (podział funkcji płatnika i świadczeniodawcy, *outsourcing*, wykorzystywanie ekonomii skali), a także angażowały specjalistów z zakresu zarządzania do udziału w kierowaniu instytucjami zdrowotnymi (*new public management*). Niektóre z tych instytucji odnosiły sukcesy, chociaż nie jest jasne, czy ich źródłem były celowo wprowadzane rozwiązania, czy raczej inne przyczyny. Na ogół natomiast twierdzi się, że elementy konkurencji między świadczeniodawcami nie prowadziły do podnoszenia jakości lub obniżania ceny. Powstawały natomiast obawy, czy nowe rozwiązania nie prowadzą do wzrostu liczby zatrudnionych pracowników administracyjnych.

Podjęte zostały próby szerszego uwzględniania ocen wyrażanych przez opinię publiczną. Wyniki stosownych badań stały się faktem dostrzeganym przez decydentów politycznych. W niektórych prowincjach powołuje się stanowisko rzecznika praw pacjentów, którego kompetencje mogą dotyczyć zarówno ogółu problemów, z którymi może się spotykać pacjent, ale mogą być także koncentrowane na problemach specyficznych (sposób traktowania pacjentów w szpitalach prywatnych).

Po koniec lat 90. rząd podjął inicjatywę wzmocnienia prywatnych ubezpieczeń, zgodnie z jednym z celów zmian, o których była mowa. Doprowadziło to do wzrostu udziału osób mających uprawnienia do leczenia w prywatnym szpitalu z 30,1% w 1998 roku do 45,1% w 2001 roku. Wzmocniło to położenie szpitali prywatnych, które okazały się skuteczne w rozwoju efektywnych technologii (chirurgia jednego dnia).

### **2.1.2. Austria**

W 1990 r. przyjęto zasadę, że podstawowe kierunki rozwoju austriackiego sektora zdrowotnego będzie się określało w planach uzgadnianych między rządem

federalnym i rządami krajowymi<sup>2</sup>. Plany miały gwarantować „strukturalną jakość i optymalizować interakcje wewnątrz publicznego systemu zdrowotnego”. W 1993 roku powołano do życia system kompleksowej opieki długoterminowej dla przewlekle chorych pacjentów. Tytuł do świadczeń nie zależał od dochodów, sytuacji materialnej, przyczyny niesprawności.

W 1997 roku został zawarty trzyletni plan współpracy między rządem federalnym i rządami krajowymi w sprawach wspólnego działania na rzecz reformy opieki zdrowotnej. W ramach planu miały być zrealizowane następujące cele:

- wprowadzenie nowego systemu finansowania szpitali, w którym uwzględniona byłaby efektywność pracy;
- powołanie dziewięciu funduszy krajowych i jednego funduszu strukturalnego, które przejęłyby finansowanie opieki zdrowotnej;
- opracowanie drogą negocjacji planu sieci szpitali i opieki ambulatoryjnej, wraz z planem rozwoju inwestycji i drogich technologii oraz utrzymania infrastruktury;
- ustanowienie mechanizmu konsultacji między rządami krajowymi i instytucjami ubezpieczeniowymi w sprawie finansowania opieki zdrowotnej i konsekwencji jej przekształceń;
- ustanowienie mechanizmu gwarantującego przestrzeganie przyjętych na siebie zobowiązań, w tym mechanizmu penalizującego odstępstwa od realizacji uzgodnionych zadań (jak również wstrzymywanie transferów środków finansowych);
- wprowadzenie budżetów globalnych pozostających w gestii instytucji ubezpieczeniowych, budżety mogłyby wzrastać jedynie jako następstwo wzrostu przychodów.

W tym samym roku określono podstawy działań w zakresie oceny i kontroli technologii (powołano komisję zajmującą się tymi sprawami) oraz przyjęto plan rozwoju drogich technologii w szpitalach, które należały wcześniej do funduszu współpracy. Plan wiązał kwestię technologii z zakresem działania poszczególnych szpitali i ich produktywności, korelowanych ze wskaźnikami demograficznymi i zdrowotnymi. Ustalenia planu miały charakter obowiązujący. Po pewnym czasie plan uzupełniono rekomendacjami dotyczącymi procedur medycznych. Po dwóch latach nastąpiły dalsze uzupełnienia polegające na włączeniu do planu problemów opieki psychiatrycznej, geriatrycznej i hospicyjnej.

W 1998 roku uchwalono ustawę o promocji zdrowia, w której określono ramy administracyjne i mechanizmy finansowania aktywności podejmowanych w tej dziedzinie. Ponadto rozszerzono krąg osób objętych ubezpieczeniem, włączając osoby zatrudnione w niepełnym wymiarze oraz osoby samozatrudniające się i przekraczające ustalony dla ubezpieczenia poziom dochodów.

---

<sup>2</sup> *Health Care Systems in Transition. Austria*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.

### 2.1.3. Belgia

W 1988 roku wprowadzone zostały limity wydatków na badania diagnostyczne oraz nowe zasady dokumentowania pracy szpitali<sup>3</sup>. W 1990 roku zlikwidowano zasadę automatycznego pokrywania deficytów wydatków szpitalnych i zastąpiono ją ustaleniami, w których stosowano degresywne opłaty za świadczenia przewyższające ustalone wielkości. Wprowadzono też zachęty do redukcji liczby łóżek szpitalnych, także poprzez przekształcanie ich na łóżka opiekuńcze. Drogie urządzenia techniczne mogły być instalowane tylko w dużych szpitalach. W tym samym czasie obniżono stawki płacone lekarzom za świadczenia udzielane w szpitalach, zarówno w opiece zamkniętej, jak i ambulatoryjnej. Wprowadzono nowe zasady organizowania opieki psychiatrycznej. Rozszerzono zakres informacji o działalności szpitali. W 1991 roku wszedł w życie plan ograniczania wydatków socjalnych<sup>4</sup>. Powołany został zespół, w skład którego weszli przedstawiciele rządu, zrzeszenia ubezpieczycieli i partnerów społecznych, zaś jego zadaniem było ustalanie rocznych budżetów publicznych wydatków zdrowotnych. Przedstawiciele rządu mieli prawo weta przy podejmowaniu decyzji. Równocześnie powołano grupę z udziałem reprezentantów zawodów medycznych z zadaniem przygotowywania rozstrzygnięć w sprawie wysokości stawek za usługi medyczne, a także problemów polityki preskrypcyjnej. W 1992 roku obniżono publiczne dopłaty do leków, a rok później znacznie podniesiono opłaty wnoszone przez pacjentów za konsultacje lekarskie. Począwszy od 1995 roku rząd narzucił instytucjom ubezpieczeniowym roczne limity wzrostu wydatków, które nie mogły przekraczać 1,5% (w stałych cenach)<sup>5</sup>. W 1996 roku powołano komisję, której zadaniem było opracowanie reguł kontroli liczby studentów uczelni medycznych. Przygotowane wnioski zostały zatwierdzone w następnym roku i w ten sposób ustalono dopuszczalną liczbę przyjęć na studia lekarskie i stomatologiczne. Przedsięwzięto też działania służące kontroli jakości, w tym także zasad przepisywania leków.

W 1997 roku utworzono zespół oceniający jakość pracy szpitali i praktyki wydawania recept, a także podjęto działania zmierzające do intensyfikacji poczynań w zakresie promocji zdrowia oraz ich decentralizacji. Od 1998 roku prawo pobytu stało się równoznaczne z ubezpieczeniowym tytułem do świadczeń. Rozpatrywano również formy odejścia od tradycyjnego sposobu finansowania szpitali (liczba łóżek) i stosowanie bardziej proefektywnościowych metod.

---

<sup>3</sup> *Health Care Systems in Transition. Belgium*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.

<sup>4</sup> B. Abel-Smith, E. Mossialos, *Cost containment and health care reform: a study of the European Union*, Health Policy, 28, 1994:89–132.

<sup>5</sup> E. Kerr, *Belgium: Maintaining standards, controlling costs*, Euro Observer, 2(1), 2000.



### 2.1.4. Czechy

Czechy stosunkowo późno weszły na drogę zmian politycznych (aksamitna rewolucja), ale szybko sformułowały program reformy opieki zdrowotnej. Początkowo cele reformy były definiowane w kategoriach politycznych – demopolizacji, decentralizacji i liberalizacji<sup>6</sup>. Wkrótce jednak zostały rozwiniete w cele bardziej specyficzne, które objęły:

- powołanie do życia nowych aktorów w systemie opieki zdrowotnej;
- przebudowanie struktury i organizacji opieki zdrowotnej;
- zmiany systemu finansowania;
- zmiany uprawnień własnościowych instytucji świadczących usługi zdrowotne;
- zmiany w systemie kształcenia w zawodach medycznych.

Warto dodać, że Czechy były jednym z nielicznych krajów, w których – przynajmniej w niektórych deklaracjach – jako jeden z celów reformy zakładano wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, natomiast ich zaniżony poziom traktowano jako wysoce negatywną cechę socjalistycznej służby zdrowia.

Dążąc do realizacji tych celów, w latach 1991–1993 uchwalono ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ubezpieczeniach branżowych i lokalnych, o izbach zawodów medycznych i o niepublicznych instytucjach opieki zdrowotnej, tworząc nowe zasady funkcjonowania systemu. Znaczna część instytucji została sprywatyzowana, zgodnie z podziałem na trzy grupy<sup>7</sup>. W grupie pierwszej prywatyzacja była nieograniczona i nie tworzyła żadnych ustalonych zobowiązań publicznych ze strony nowych właścicieli. W grupie drugiej znalazły się instytucje, które po sprywatyzowaniu były zobowiązane do pełnienia ustalonych wcześniej usług. W grupie trzeciej były instytucje wyłączone z prywatyzacji, takie jak szpitale kliniczne. O ile zmiany struktur świadczeniodawców usług ambulatoryjnych uznano za bardzo udane, o tyle zakres prywatyzacji świadczeń szpitalnych był znacznie mniejszy. Po stronie płatników powstały instytucje ubezpieczeniowe – w połowie lat 90. było ich 27 – które kontraktowały świadczenia, a ich lista została przygotowana.

Szybkie tempo zmian wynikało z personalnego składu nowych władz – dawni dysydenci chętnie dążyli do rozmontowania starego systemu – a także z oczekiwań społeczeństwa, które zniechęcone do dawnych rozwiązań było skłonne poprzeć ich radykalne odrzucenie, także poprzez prywatyzację. Istotny był też nacisk psychologiczny, bo odziedziczona po starym systemie służba zdrowia nie była w tak złym stanie, by stać się jedną z najszybciej reformowanych dziedzin życia. Jednym z elementów tego nacisku były oczekiwania środowisk medycz-

---

<sup>6</sup> *Health Care Systems in Transition. Czech Republic*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000. *Czech Health Care System, Delivery & Financing*, OECD Study, Czech Association for Health Services Research, Prague, December 1998.

<sup>7</sup> H. Hnilicowa, *Czech Republic [w:] World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:311–327.

nych, dążących do wzmocnienia swojej pozycji, czego instrumentem stało się wprowadzenie systemu wynagrodzenia typu *fee-for-service*.

Wielość funduszy ubezpieczeniowych oraz system wynagradzania lekarzy doprowadził do negatywnych skutków: mnożenia wizyt i deficytu finansowego. W wyniku rosnącego niezadowolenia pracowników medycznych, których dochody nie rosły proporcjonalnie do oczekiwań i wzmożonego wysiłku, i którzy przystąpili w 1996 roku do strajku, a także w wyniku niepokoju dysponentów środków publicznych, w 1997 roku zmieniono pierwotnie wprowadzone zasady. Wprowadzono wówczas budżety, jako metodę finansowania szpitali, mieszany system wynagradzania lekarzy ambulatoryjnych, z silnym elementem opłat kapitacyjnych, limity dotyczące świadczeń specjalistów ambulatoryjnych. Szpitale zostały zobowiązane do udziału w publicznych przetargach, mających wyłonić świadczeniodawców spełniających wymagania płatników. W przetargach, organizowanych na szczeblu centralnym, brali udział przedstawiciele ministerstwa, organizacji zawodowych, stowarzyszenia szpitali i innych świadczeniodawców. Rozważano wprowadzenie podobnego systemu, organizowanego na szczeblu okręgów, dla dostarczcycieli opieki ambulatoryjnej. Podjęto również działania, których celem było wzmocnienie mechanizmów kontrolujących rzetelność gospodarki prowadzonej przez ubezpieczycieli, organizacji świadczeniodawców i ich funkcjonowania. Wzmocniono także kontrolę w ramach obrotu lekami i ich refundowania, pozostawiając jedną trzecią opłat za leki pokrywaną ze środków prywatnych.

W wyniku wprowadzonych zmian opanowano część problemów – liczba samodzielnych funduszy została obniżona do dziewięciu w 1999 roku, ale pozostał problem deficytów w szpitalach i bardzo wysokiego poziomu korzystania ze świadczeń.

### 2.1.5. Dania

W 1992 roku ustawa wprowadziła – formalnie potwierdziła – obowiązek lekarza w zakresie przekazywania pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia i rokowaniach, o dostępnych możliwościach i formach leczenia, a także potwierdziła konieczność uzyskiwania zgody na przeprowadzenie zabiegu, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych w prawie<sup>8</sup>. Przepisy te zostały rozwinięte i wzmocnione w 1998 roku, zwłaszcza w części dotyczącej zachowania tajemnicy wobec osób trzecich oraz udzielania informacji, ułatwiających pacjentowi podejmowanie decyzji i wyrażania zgody dotyczącej preferowanych form leczenia.

W 1993 roku pacjenci otrzymali prawo wyboru szpitala, co było próbą skracania czasu oczekiwania na potrzebną procedurę, a jednocześnie miało służyć

---

<sup>8</sup> *Health Care System in Transition, Denmark*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001; A. Krasnik, *Privatisation in health care: Denmark*, referat na seminarium „Privatisation in health care”, Brussels, 5 November 2002.

jako narzędzie pozwalające oceniać efektywność poszczególnych szpitali. Zgodnie z tradycją nadal obowiązywało skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. Kiedy pacjent wybierał szpital poza swoim *county*, jego lokalne władze były obowiązane przekazywać szpitalowi pewną pieniężną rekompensatę, która jednak nie pokrywała w pełni kosztów. Nadawało to systemowi nową dynamikę, ale jednocześnie ograniczało możliwości planowania i racjonalizowania świadczeń przez poszczególne okręgi. Staraly się one przeciwdziałać tej niedogodności poprzez wzmacnianie bezpośredniej współpracy. Przyjęto program stanowiący, że okresy oczekiwania nie będą przekraczały trzech miesięcy, który to limit miał być osiągnięty w ciągu trzech lat. Wkrótce jednak okazało się, że na skutek różnych trudności – także strajku powszechnego – cel taki nie może być osiągnięty. Zrezygnowano z jego realizacji, zastępując bardziej ograniczonym wymogiem, odnoszącym się do nielicznych tylko zabiegów. Jednak i z tych gwarancji trzeba się było wycofać i w 1997 roku uznano, że w panujących warunkach formalne zobowiązanie do skracania kolejek jest nierealistyczne.

W 1994 roku powołano do życia kopenhaską korporację szpitalną, której obszar działania przekraczał administracyjne granice poszczególnych jednostek wchodzących w jej skład. Wzrastały w ten sposób możliwości wykorzystywania ekonomii skali i koordynowania świadczeń wszystkich jednostek szpitalnych położonych na terenie działania korporacji, ale jednocześnie naruszano zasadę odpowiedzialności okręgów za opiekę zdrowotną dostępną ich mieszkańcom. Korporacja wykazała przydatność tworzenia silnych pozycji menadżerskich, ale jej funkcjonowanie nie zostało ocenione jako sukces.

W 1997 roku okręgi otrzymały środki finansowe w formie umożliwiającej prowadzenie eksperymentów z nowymi formami finansowania szpitali. Od 1997 roku środki te były wykorzystywane, przy zastosowaniu formuły DRG, do finansowania pacjentów hospitalizowanych poza granicami okręgów, w ramach realizacji programu skracania kolejek. Oczekiwano także, że ta forma płatności będzie pomocna w zachęcaniu szpitali do leczenia nie tylko swoich pacjentów, a – bardziej ogólnie – będzie stymulować konkurencyjne zachowania szpitali. Okręgi wykorzystywały zwiększoną swobodę, stosując różnorodne kontrakty ze szpitalami (od luźnych porozumień do bardzo sformalizowanych), inicjując pogłębioną decentralizację zarządzania (np. na poziom oddziałów szpitalnych), także poprzez zachęcanie do konkurencji między publicznymi i prywatnymi świadczeniodawcami. Generalnie, struktury zarządzania szpitalami często stawały się przedmiotem zmian organizacyjnych.

Po koniec lat 90. utworzono instytucje służące poprawie jakości działania systemu i udzielanych świadczeń. Było to Centrum Oceny Działalności Szpitali oraz Instytut Oceny Technologii Medycznych. Zarówno ich działania, jak i aktywności służące jakości były wspierane przez rozwijane systemy informacyjne, zawierające dane o różnych aspektach funkcjonowania systemu.

W 2000 roku wprowadzono zasadę, że 90% środków otrzymywanych przez szpitale pochodzi prospektywnie z kalkulacji opartej na jednostkach DRG (kalkulacja ta jest prowadzona w drodze negocjacji), a pozostała część jest oparta na

faktycznej, dodatkowej aktywności. „Nadwykonania”, w stosunku do kalkulowanych wielkości, także miały być honorowane.

W tym samym czasie powrócono do problemu kolejek i tym razem skoncentrowano się na procedurach ratujących życie. Dla wielu przypadków chorób serca lub nowotworów zdefiniowano specyficzne cele, w których ustalano, jaki jest dopuszczalny okres między skierowaniem a wykonaniem zabiegu (czas ten wynosił od jednego do czterech tygodni). Konsekwentnie powtarzane próby skracania kolejek doprowadziły do poprawy sytuacji.

### 2.1.6. Finlandia

W Finlandii istotna część zadań z ochrony zdrowia tradycyjnie leżała w kompetencji gmin korzystających z finansowego i organizacyjnego wsparcia państwa<sup>9</sup>. Sprzyjało to rozwojowi podstawowej opieki zdrowotnej – ustawa o POZ z 1972 roku – i rozbudowanych programów promocji zdrowia (Projekt Północna Karelia). Finlandia była jednym z pionierów strategii „Zdrowie dla wszystkich”<sup>10</sup>. Na podstawie reorganizacji, która weszła w życie w 1993 roku – była to zmiana systemu finansowania gmin dotycząca nie tylko zdrowia – gminy uzyskały większą swobodę w doborze metod organizowania opieki, szczególnie w stosunku do świadczeniodawców. Elementem tych zmian było wprowadzenie nowych zasad finansowania szpitali, których bieżące dochody zostały uzależnione od rodzaju i ilości świadczeń, na które gminy składały zapotrzebowanie. Relacje pomiędzy gminami i szpitalami zostały wyłączone spod bezpośredniej kontroli władz centralnych. W 2001 roku przygotowywano zmianę zasad finansowania inwestycji, ograniczając dotacje rządowe oraz program objęcia bezpłatną opieką stomatologiczną całej populacji. Cechą charakterystyczną zmian wprowadzanych w Finlandii stało się dopuszczanie do różnic w organizowaniu opieki zdrowotnej w poszczególnych gminach. Polegają one na stosowaniu zasady rozdziału płatnika i świadczeniodawcy, co jednak odbywa się bez podkreślania ich rynkowego uwikłania i jest wykorzystywane do konsolidacji instytucji świadczących usługi, celem unikania dublowania świadczeń. Prowadzi się też próby wykorzystywania nowych technik informatycznych w organizowaniu świadczeń.

W 2001 roku rząd przyjął także wieloletni program rozwoju zdrowia publicznego, w którym definiowano zarówno cele zdrowotne (poprawa stanu zdrowia w różnych fazach życia, wydłużenie okresu sprawności, redukcja an-

---

<sup>9</sup> S. Savas, I. Sheiman, E. Tragakes, H. Maarse, *Contracting models and provider competition* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:157–178.

<sup>10</sup> *Health Care Systems in Transition. Finland*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2002.

tyzdrowotnych zachowań itd.), jak i zasady organizowania działań, prowadzących do ich realizacji<sup>11</sup>.

W programie przypomniano, że zdrowie jest integralną częścią kapitału ludzkiego i wraz z nim jest warunkiem sprostania konkurencji, tak na rynku wewnętrznym, jak i międzynarodowym. Zdrowie jest także warunkiem odczuwanej satysfakcji i warto pamiętać, że zadowolenie Finów z ich systemu zdrowotnego jest najwyższe w UE. W tych warunkach podjęto zadanie sprecyzowania roli i odpowiedzialności różnych aktorów zaangażowanych w działania sektora zdrowotnego.

W programie potwierdzono wiodącą rolę gmin w pełnieniu roli gwaranta i organizatora świadczeń społecznych. Miało to znaczenie moralne, będąc potwierdzeniem trwałości realizowanej polityki zdrowotnej – również społecznej – ale zawierało także bardziej szczegółowe zalecenia, ułatwiające pełnienie tej roli. Wskazano mianowicie konieczność wzmocnienia doradczych funkcji, jakie wobec gmin mogłyby pełnić różne zespoły i instytucje ulokowane na szczeblu centralnym. Chodziło przy tym nie tylko o techniczne tworzenie takich ciał, lecz również o środki finansowe, niezbędne do ich działania. Zachęcono także gminy do bliższej współpracy, aby poprzez wymianę informacji, a także tworzenie większego potencjału materiałowego i ludnościowego łatwiej rozwiązywać problemy. Podkreślić jednak należy, że mimo potwierdzenia walorów zdecentralizowanego systemu i wzmacniania pozycji gmin, potwierdzono także aktualność zasad równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Fakt zamieszkania na terenie określonej gminy nie usprawiedliwiał różnicowania szans korzystania ze świadczeń, podobnie jak fakt istniejących różnic w indywidualnej sytuacji mieszkańców i pacjentów.

Bardzo istotna rola została przypisana instytucjom wytwórczym, aktywnym w sferze usług i na rynku finansowym. Wszędzie, gdzie wykonywana jest praca, powstają zagrożenia zdrowotne, przed którymi należy chronić pracowników, ale powstają również możliwości organizowania aktywności z dziedziny promocji zdrowia, co otwiera drogi do wzmacniania ich potencjału zdrowotnego. Istnieją także szanse oddziaływania na szerszą społeczność. Instytucje ekonomiczne, których wytwory mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia, muszą być poddane regulacji i kontroli, przy czym najbardziej obiecującą formułą wydaje się być samoregulacja (i samokontrola).

Bardzo duże znaczenie w działaniach prozdrowotnych przypisano jednostkom, rodzinom, doraźnie powstającym grupom, które tworzone są do realizacji akceptowanych celów, a także organizacjom pozarządowym. Ich zadaniem jest zarówno udział w definiowaniu nowych zadań z dziedziny promocji zdrowia, jak i konkretyzacja priorytetów, określonych w narodowych programach. Ludzie należący do tej grupy aktorów są w stanie oceniać społeczne i psychologiczne czynniki wzmacniające zaangażowanie ludzi, albo je osłabiające, przyczyniając się w ten sposób do niezbędnych korekt w zakresie i sposobie realizowanych

---

<sup>11</sup> *Government Resolution on Health 2015 Public Health Programme*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2001.

programów. Instytucje rządowe zostały zobowiązane do udzielania pomocy podmiotom trzeciego sektora, choć nie do ich zastępowania i wyręczania.

W programie doceniony został wkład zaplecza naukowego w rozwój systemu zdrowotnego, a zwłaszcza znaczenie badań, których wyniki mogą być integrowane w zalecenia wykorzystywane przez politykę zdrowotną. Zwrócono szczególną uwagę na konieczność badania uwarunkowań różnic w stanie zdrowia między różnymi grupami społecznymi. Wymieniono Fińską Akademię Nauk, uniwersytety i instytuty badawcze, jako wykonawców zadań badawczych, a administrację rządową jako instytucję wspierającą i wykorzystującą efekty prowadzonych prac. Nieodłączną częścią aktywności zaplecza badawczego powinna być działalność edukacyjna i szkoleniowa, w zakresie umożliwiającym bardziej efektywne funkcjonowanie systemu.

Autorzy programu podkreślili także znaczenie współpracy międzynarodowej – Finlandia była i jest aktywnym uczestnikiem tej współpracy, zarówno dostarczając wyników swoich doświadczeń, jak i korzystając z doświadczeń innych. Wskazano wprost współpracę z WHO i z UE. W związku z treścią traktatu amsterdamskiego postawiono także problem udziału kraju w przedsięwzięciach zmierzających do syntetycznej oceny skutków zdrowotnych, będących następstwem oddziaływania różnych specyficznych polityk społecznych (*Health Impact Assessment*).

### 2.1.7. Francja

We Francji pisano o trwale występujących pięciu problemach, przed którymi stał system<sup>12</sup>. Po pierwsze, lekceważony problem równości i sprawiedliwości. Fakt powszechnej przynależności do instytucji ubezpieczeniowych przesłonił różnice w warunkach ubezpieczenia, korzystania i odpłatności, a gorsza polisa była równoznaczna ze świadczeniami niższej jakości. Po drugie, kryzys legitymizacji, zwłaszcza największego płatnika, ubezpieczającego pracowników (*Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries*). Jego władze oparte były tradycyjnie na wyborach dokonywanych przez członków związków zawodowych. Jednak w miarę tego, jak związki traciły członków – mniej niż 10% pracujących na początku lat 90. – władze ubezpieczyciela traciły swoją prawomocność. Osłabienie władz uniemożliwiało podjęcie działań podnoszących efektywność świadczeniodawców, zwłaszcza że musiałyby się to odbywać kosztem uprawnień organów władzy państwowej, które nie były skłonne osłabiać swojej pozycji. Jednocześnie słabli pozostali ubezpieczyciele, a decyzje były podejmowane przez instytucje państwowe. Po trzecie, na skutek stosowania swoistych mechanizmów finansowania świadczeniodawców – długo tolerowane wydatki retrospektywne – Francja miała bardzo duże kłopoty w kontrolowaniu swoich ogólnych wydatków na zdrowie. Po czwarte, bardzo słabo rozwinięte

---

<sup>12</sup> V.G. Rodwin, *Managed Care in the US: Lessons for French Health Policy* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:39–58.

systemy sprawozdawcze, zwłaszcza w dziedzinie księgowości finansowej. W tej sytuacji nie tylko naprawa, ale prosta ocena sytuacji były bardzo utrudnione, łącznie z wykrywaniem zwykłych nadużyć finansowych. Niemniej, na podstawie sporadycznych badań formułowano hipotezy o nadprodukcji świadczeń. Jako piąty problem wskazywano brak mechanizmów koordynacyjnych, co było widoczne zwłaszcza w opiece nad przewlekłe chorymi i ludźmi starszymi, prowadzący zarówno do nadmiernych kosztów, jak i obniżania jakości.

W 1991 roku została przyjęta ustawa wprowadzająca reformę systemu szpitalnego, który został silnie podporządkowany zasadom regionalizacji<sup>13</sup>. W ramach regionów miała następować optymalizacja infrastruktury, uzależniona od pomiaru potrzeb zdrowotnych.

W 1996 roku wszedł w życie Plan Juppe, który wprowadzał zmiany w bardzo wielu stosowanych wcześniej rozwiązaniach<sup>14</sup>. Zmierzały one głównie do poddania kontroli kosztów zdrowia. Nie chodziło jednak o proste cięcia finansowe, ale o powiązanie procesu alokowania wydatków z przyjętymi priorytetami zdrowotnymi. W ustalaniu priorytetów miała brać udział Krajowa Konferencja Zdrowotna i Komitet Zdrowia Publicznego, których opinie były przedstawiane parlamentowi, razem z projektem wydatków. Bodaj najbardziej znaczącą innowacją – formalnie była ona tak istotna, że wymagała zmiany konstytucji – był wymóg zatwierdzania przez parlament planu wydatków przeznaczanych na różne działania podejmowane w sektorze zdrowotnym: transfery dla lekarzy prywatnie praktykujących, recepty i leki, szpitale publiczne, prywatne kliniki i wydatki medyczno-socjalne. Obejmowały one świadczenia dla niesamodzielnych osób starszych, dzieci z problemami psychicznymi i dla osób niepełnosprawnych. Utworzono regionalne władze szpitalne, które stawały się dysponentami globalnych budżetów przeznaczonych na finansowanie szpitali. Dysponując pieniędzmi, władze te koordynowały działania w zakresie udzielania świadczeń stacjonarnych, uwzględniając także współpracę z sektorem świadczeń socjalnych. W opiece ambulatoryjnej wprowadzono obowiązek stosowania wzorów dobrej praktyki (*medical guidelines*) oraz indywidualnej dokumentacji medycznej (*cartes de sante*). Wprowadzono także w życie nowe, bardziej precyzyjne zasady sprawozdawczości.

W 1999 roku, jedna z dużych instytucji ubezpieczeniowych przedstawiła plan dalszych zmian, które powinny być wprowadzone w systemie. Położono w nich nacisk na zwiększenie odpowiedzialności pacjenta, podkreślenie znaczenia jakości i uwzględniania miar jakości w zarządzaniu, wydawanie rejestracji uprawniającej do wykonywania zawodu tylko na określony czas (konieczność powtórzenia procedury po siedmiu latach), usprawnienie systemów informacyjnych, aby umożliwić pozyskiwanie informacji na temat efektów (m.in. pełna dokumentacja przypadków chirurgicznych), wprowadzenie przenośnych nośni-

---

<sup>13</sup> *La sante en France 2002*, Ministere de l'Emploi et de la Solidarite, Haut Comite de la sante publique, Janvier 2002, s. 354.

<sup>14</sup> J.F. Costich, *France, World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:153–172.

ków informacji, pozwalających gromadzić całkowitą informację o pacjencie), selektywne kontraktowanie (także w celu rozwiązywania problemu nadmiernie rozbudowanych zasobów), opłacanie szpitali przy stosowaniu narzędzi opartych na zasadach DRG, zmiana zasad refundowania leków przez wprowadzenie zróżnicowanych grup schorzeń (grup leczniczych).

W 2002 roku przedstawiona została ocena sytuacji, która powstała po wprowadzonych wcześniej zmianach<sup>15</sup>. Autorzy postawili najpierw pytanie, na ile system finansowania i zarządzania jest otwarty na priorytety zdrowotne i potrzeby ludzi. Odpowiedź nie była jednoznaczna. Z jednej strony podkreślono znaczenie koncepcji, której wartość nie była krytykowana, jednak jej praktyczne wykorzystywanie napotykało trudności. Częściowo dlatego, że już pojęcie potrzeby, intuicyjnie zrozumiałe, z trudem poddaje się operacjonalizacji. Częściowo dlatego, że tłumaczenie problemów zdrowotnych, które są głównie faktem na poziomie stanu zdrowia, na działania i interwencje, które miałyby ten problem rozwiązywać, nie jest łatwe. Rzadko daje się tu stosować rygorystyczne wnioskowanie. Grają też rolę inne czynniki. Interpretacją priorytetów jest zainteresowanych wiele instytucji i każda z nich działa na ogół samodzielnie, nadając poszczególnym celom odmienne znaczenie. Zwykle pod wpływem doraźnych konieczności podejmuje się interwencje mniej efektywne, w perspektywie efektu uchwytanego na poziomie społecznym, a rezygnuje się z działań przynoszących korzyści większe, ale odległe. W efekcie jest tak, że alokacja środków nie odzwierciedla zapotrzebowania na świadczenia, wynikające z sytuacji zdrowotnej, co w konsekwencji prowadzi do występowania w wielu jednostkach chorobowych zjawiska przedwczesnych zgonów. Utrzymywanie się tego zjawiska jest dowodem małej skuteczności stosowanych programów zdrowotnych. Drugie postawione pytanie dotyczyło zdolności systemu do spójnego rozwijania swoich działań w sposób podporządkowujący je strategicznym dążeniem. Najpierw rozpatrywano sprawę możliwości oddziaływania na czynniki kształtujące stan zdrowia, które – jak wiadomo – znajdują się zwykle poza bezpośrednią kontrolą systemu zdrowotnego. Stwierdzono postęp w tej dziedzinie, choć odnotowano utrzymujące się nierówności między różnymi grupami społecznymi. Oceniając organizację systemu zdrowotnego, uznano, że jest on bardzo złożony i skomplikowany, często też podzielony na separowane segmenty, których kompetencje niekiedy na siebie zachodzą, prowadząc do zbędnego dublowania świadczeń. Podziały i niejasności występują także w dziedzinie zarządzania, zwłaszcza między rządem i ubezpieczycielami. O ile ten pierwszy jest zainteresowany głównie regulacją problemów szpitali, o tyle drugi interweniuje w organizację sektora ambulatoryjnego. Rozbudowane w latach 90. instytucje kontrolujące – niektóre z nich powstały w wyniku błędów popełnionych w obrocie krwią – także zaciemniają układ zależności. Częściowo jednak niejasności organizacyjne wynikają z tego, że proces decentralizacji, wynikający ze zmian wprowadzonych w życie w 1996 roku nie został zakończony, i różne instytucje

---

<sup>15</sup> *La sante en France 2002*, Ministere de l'Emploi et de la Solidarite, Haut Comite de la sante publique, Janvier 2002, s. 354.



regionalne i lokalne nadal poszukują swojej właściwej roli w systemie. Nie powinno to jednak być pozostawione działaniom spontanicznym, kiedy potrzebne jest działanie bardziej zorganizowane. Regiony powinny zostać wzmocnione i zasadnicza działalność koordynacyjna powinna im być powierzona. Jednocześnie zasady współdziałania między tym szczeblem a szczeblem krajowym i lokalnym powinny ulec uporządkowaniu. Ustalenie tych zasad, a także sposób podejmowania decyzji na poszczególnych szczeblach musi spełniać wymogi zasad demokratycznych, zgodnie z którymi gwarantowany jest udział dużych grup społecznych – mogą to być także umocowani reprezentanci – w podejmowanych decyzjach.

### **2.1.8. Hiszpania**

Ustawa z 1986 roku wprowadziła system oparty na zasadach narodowej służby zdrowia<sup>16</sup>. W 1991 roku komisja pracująca pod kierownictwem wicepremiera przedstawiła opracowanie (Raport Abrila) zawierające program reformy. Zachowując zasadę publicznej odpowiedzialności i silne związki z systemem zabezpieczenia społecznego, proponowano szersze stosowanie mechanizmu rynkowego. Wzorem reformy brytyjskiej zaproponowano wyraźne zdefiniowanie roli płatnika, przypisaną terytorialnym władzom służby zdrowia – odpowiednik dystryktu – które miały kontraktować zarówno świadczenia szpitalne, specjalistyczne, jak i świadczenia opieki podstawowej. Zasady zatrudniania i wynagradzania personelu miały zostać niezmienione, ale nowych pracowników miano zatrudniać według nowych reguł, przygotowanych przez władze dystryktu i ustalanych w ramach kontraktów. Nadwyżki przychodów pochodzących z kontraktów pozwalały wypłacać dodatkowe wynagrodzenie. Proponowano wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych i każde rozszerzenie publicznie dostępnego zakresu wymagało jednoznacznie podejmowanej decyzji. Udzielenie świadczenia spoza koszyka pociągało za sobą konieczność pokrycia jego kosztu przez pacjenta. Zmiany proponowano wprowadzić najpierw w kraju Basków i ten program został przygotowany w pewnych szczegółach. Obejmował następujące rozstrzygnięcia:

- przekształcenie szpitali w publiczne firmy, kontrolowane przez państwo, ale korzystające z szerokiego zakresu autonomii;
- stosować kontraktowanie zewnętrzne, także z prywatnymi dostawcami usług medycznych i innych;
- przekazywać globalne budżety każdej samodzielnej jednostce i jasno definiować cele, na jakie mogą być wydatkowane. Wielkość budżetów miała być realistycznie dostosowana do celów;
- opracować narzędzia pozwalające oceniać jakość i efektywność działania instytucji zdrowotnych, a także leków;

---

<sup>16</sup> *Health Care Systems in Transition. Spain*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.

– powołać instytucję, której zadaniem byłaby ocena technologii – medycznej i ekonomicznej – dokonywanej przed podjęciem decyzji o jej zastosowaniu.

Pod koniec lat 90. nadal około 3/4 lekarzy było wynagradzanych na zasadzie stałej pensji. Trwałym problemem był narastający deficyt szpitali. Rozważano zatem wzmocnienie działań zachęcających do konkurencji między świadczeniodawcami i płatnikami, zwłaszcza w postaci tworzenia instytucji opieki zarządzanej<sup>17</sup>.

W 1999 roku podjęto wiele działań zmierzających do racjonalizacji polityki lekowej i zmniejszenia wydatków na refundacje. Rozpoczęto od wprowadzenia obniżonego poziomu zysków hurtowników farmaceutycznych (do poziomu 9,6%)<sup>18</sup>. Rok później weszła w życie lista cen referencyjnych oraz propagowano korzystanie z leków generycznych. W 2001 r. ministerstwo, firmy farmaceutyczne i hurtownicy zawarli trzyletnie porozumienie w sprawie obrotu lekami, w którym ustalono dopuszczalne tempo wzrostu wydatków na leki. Porozumienie to zostało jednak odrzucone przez niektóre prowincje, ponieważ rządy lokalne nie brały udziału w negocjacjach.

W 2000 roku uchwalono ustawę przyznającą uprawnienia do świadczeń zdrowotnych emigrantom, na podstawie oceny sytuacji materialnej. Rok później, nowo wybrany prawicowy rząd przygotował propozycje ograniczające uprawnienia dla emigrantów (wprowadzono warunek legalizacji pobytu).

W 2001 roku podjęto inicjatywę ograniczenia czasu oczekiwania na zabiegi i hospitalizację poprzez wprowadzenie zasady rozdziału finansowania i administracyjnej obsługi świadczeń (proces kontraktowania) od faktycznie wykonywanych czynności związanych ze świadczeniem usług. Inicjatywę tę określono jako „kontraktowanie programów” i jej charakterystycznym elementem było przekazywanie globalnych budżetów na wykonanie zdefiniowanych celów. Świadczeniodawca otrzymywał narzędzie najbardziej racjonalnego – z jego punktu widzenia – wykorzystania przyznanych środków.

Kontynuowano proces decentralizacji systemu. Jego istotnym elementem było wprowadzenie zasady, że wydatki zdrowotne przekazywane prowincjom stają się częścią ich zasobów, co zostało wprowadzone w życie w 2001 roku. Na początku 2002 roku wszystkie regiony otrzymały pełny zakres kompetencji w dziedzinie ochrony zdrowia.

Po koniec 2001 roku niektóre prowincje wprowadziły nowe zasady korzystania z opieki długoterminowej. Obejmowały one obowiązek współpłacenia przez osoby korzystające, ale jednocześnie dawały gwarancje bezpłatnego dostępu – koszty ponosiły rządy prowincji – dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji.

Niektóre propozycje reformatorskie spotkały się ze sprzeciwem społecznym i nie zostały wprowadzone w życie. W 1999 roku zaproponowano zmianę zasad prowadzenia szpitali i uzupełnienie możliwych rozwiązań przez tworzenie pu-

---

<sup>17</sup> M. Rodriguez, R.M. Scheffler, J.D. Agnew, *An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?*, Health Policy, 51, 2000:109–131.

<sup>18</sup> *Living HiT for Spain* (Update April 2002), [www.who.dk/observatory/Hits](http://www.who.dk/observatory/Hits)

blicznych fundacji. Spodziewano się, że przyczyni się to do większej troski o efektywność działania. Ustawa budżetowa i dekret królewski stały się podstawą do podjęcia odpowiednich działań. Jednak opinia publiczna potraktowała to rozwiązanie jako pierwszy krok na drodze do prywatyzacji świadczeń oraz ograniczania gwarantowanego dostępu i władze musiały wycofać się z propozycji. Nieco później zgłoszono propozycję wprowadzenia dla rencistów częściowych opłat za leki, w wysokości uzależnionej od poziomu zamożności (w praktyce od wysokości emerytury). Jak poprzednio, uznano propozycję za niezgodną z zasadami sprawiedliwości i sugerowane rozwiązanie zniknęło jako temat publicznej dyskusji.

### 2.1.9. Izrael

W Izraelu komisja złożona z prawników, pod przewodnictwem sędziego Sądu Najwyższego (*Netanyahu Commission*), przygotowała w 1990 roku propozycję powołania do życia systemu narodowego ubezpieczenia zdrowotnego, który miał zastąpić cztery istniejące dotychczas i niezależnie działające fundusze ubezpieczeniowe (największy był kontrolowany przez związki zawodowe)<sup>19</sup>. Wchodzące w skład systemu fundusze miały operować w układzie regionalnym (cztery do pięciu) i finansować uzgodniony zakres świadczeń gwarantowanych (koszyk). W ramach regionu fundusze zobowiązane były do konkutowania o ubezpieczonych. Środki finansowe miały pochodzić z celowego podatku płaconego przez pracodawców i pracowników, gromadzonych centralnie i przekazywanych bezpośrednio funduszom, proporcjonalnie do liczby pozyskanych klientów, przy zastosowaniu korekty ryzyka zdrowotnego. Publiczne szpitale miały uzyskać samodzielność (*trusty*). Ministerstwo, odciążone od bieżącego zarządzania, mogło zająć się strategią, rozwojem technologii medycznych i systemów informacyjnych oraz standardami jakości. Poza koszykiem zarówno produkcja świadczeń, jak i ich finansowanie miało podlegać zasadom rynkowym.

Nowa struktura systemu została wprowadzona w życie Ustawą o Narodowym Ubezpieczeniu Zdrowotnym w styczniu w 1995 roku<sup>20</sup>. Przyjęto w nim zalecenia komisji, z wyjątkiem regionalizacji, co zmieniało zasady konkurencji między funduszami. Wprowadzono też specyficzną zasadę ustalania wielkości środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń wchodzących w skład podstawowego koszyka: ustalono sztywny limit na poziomie wydatków z 1993 roku. Doprowadziło to wkrótce do kryzysu finansowego (wzrost wynagrodzeń personelu, rozwój technologii medycznych) i limit musiał zostać zniesiony.

---

<sup>19</sup> D.P. Chinitz, *Hiding in the Market Place: Technocracy and Politics in Israeli Health Policy* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

<sup>20</sup> M. Oren, *Implementing Health Reform in Israel: 2000 and Beyond* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:113–116.

### 2.1.10. Norwegia

W diagnozach sektora zdrowotnego dostrzeżono przynajmniej trzy problemy wymagające interwencji<sup>21</sup>:

- długie okresy oczekiwania na świadczenia, będące objawem niedopasowania zapotrzebowania i zasobów (zwłaszcza odczuwano brak lekarzy i innego personelu);

- napięcia między dążeniem do rozwoju świadczeń efektywnych i dążeniem do realizacji zasady sprawiedliwości, zgodnie z którą świadczenia powinny być wystarczająco dostępne nawet w odległych i słabo zaludnionych terenach;

- groźba gwałtownego i niekontrolowanego wzrostu wydatków w przyszłości.

Jednak mimo świadomości istnienia problemów aktywność reformatorska rozpoczęła się późno i przypadła na lata 1998–1999<sup>22</sup>. To wtedy przyjęto kilka ustaw, które istotnie zmieniły zasady organizacji sektora. Ustawa o planowaniu regionalnym powoływała wybieralne organy dla każdego regionu – komitety opieki zdrowotnej – które były odpowiedzialne za przygotowywanie strategii dla swoich obszarów, zgodnie z krajowymi priorytetami, ustalonymi na cztero-letnie okresy. Początkowo przyjęto trzy priorytety: poprawa współpracy między szpitalami, leczenie nowotworów, zdrowie psychiczne. Plany strategiczne były aprobowane przez władze regionów, a następnie przez Ministerstwo Zdrowia. Mimo swoistej kontroli instancyjnej, uprawnienia lokalnych władz były duże, ponieważ one pozostawały płatnikiem ponoszącym koszty świadczeń. Ustawa o specjalistycznej opiece zdrowotnej precyzowała zasady odpowiedzialności okręgów (*counties*) za organizację i gwarancje dostępu do tej formy opieki. Istotne, że posługiwano się tam kategorią funkcji opieki, a nie listą instytucji podporządkowanych poszczególnym szczeblom administracji. W ustawie o zdrowiu psychicznym wzmocniono gwarancje prawa pacjenta, zwłaszcza w sytuacjach przymusu leczenia. W ustawie o personelu opieki zdrowotnej skodyfikowano zasady tytułów i uznawania praw do wykonywania zawodów medycznych. Wprowadzono także reguły nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń. Ważne rozstrzygnięcia zawarte były w ustawie o prawach pacjenta. Potwierdzono prawo do świadczeń, prawo wyboru świadczeniodawcy, łącznie z wyborem szpitala oraz listę tradycyjnych praw (prawo do informacji, zgody, tajemnicy, skargi itd.). Mechanizm wyboru szpitala miał znaczenie także jako narzędzie skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie oraz zmiany wzorców korzystania, które tradycyjnie wiązały pacjenta z najbliższym szpitalem. Pacjent otrzymał uprawnienia do drugiej konsultacji – jeśli uważał, że wynik pierwszej jest obciążony błędami – i oceny prowadzonego wcześniej postępowania. Koszty tych procedur były pokrywane przez płatnika publicznego. W sytuacjach, w których potrzebne były usługi większej liczby świadczeniodawców, pacjent

---

<sup>21</sup> *Health Care Systems in Transition. Norway*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000, s. 66.

<sup>22</sup> *Health Care Systems in Transition. Norway*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.

otrzymywał prawo do skonstruowania planu indywidualnej opieki, w którym zagwarantowana byłaby niezbędna koordynacja świadczeń. Na terenie każdego okręgu utworzono stanowisko rzecznika praw pacjenta. Dalsza konkretyzacja prawa wyboru została dokonana w ustawie o opiece podstawowej. Dzięki niej pacjent uzyskiwał możliwość wyboru między systemem POZ, w którym stosuje się listy pacjentów – możliwość stałej relacji z lekarzem pierwszego kontaktu – lub pozostawiania poza takim systemem. W ramach systemu list, pacjent mógł wybierać lekarza lub zmieniać go, jeśli czuł się rozczarowany pierwszym wyborem. Pacjent z listy miał pierwszeństwo w korzystaniu ze świadczeń swojego lekarza. Inicjatywy te doprowadziły do wzrostu odsetka lekarzy prywatnie praktykujących w POZ od ok. 50% do ok. 70%<sup>23</sup>. Podmiotem odpowiedzialnym za wdrożenie zmienionego systemu były władze okręgu. Jednak w literaturze można znaleźć opinie, że silna pozycja okręgów (*counties*) nie pomogła w rozwiązywaniu problemów restrukturyzacji szpitali. Jak napisano w analizie:

„Istnieje wielki opór wobec przebudowy lokalnego sektora szpitalnego, ze względu na obawy dotyczące konieczności zmiany pracy, albo jej utraty”<sup>24</sup>.

### 2.1.11. Portugalia

Pod koniec lat 80. coraz częściej stwierdzano niską satysfakcję pacjentów i świadczeniodawców w warunkach dominacji rządu w organizacji świadczeń zdrowotnych (publiczna służba zdrowia była postrzegana jako działająca gorzej niż prywatna, zwłaszcza w dostępie do nowoczesnych technologii i podstawowej opieki zdrowotnej)<sup>25</sup>. Sytuację tę wiązano z niewystarczającym finansowaniem sektora publicznego. Problemem było też powszechne omijanie podstawowej opieki i bezpośrednie korzystanie z opieki specjalistycznej i szpitala.

W 1990 roku rząd podjął decyzję o rozwoju prywatnego sektora w opiece zdrowotnej, zachowując uprawnienia w dziedzinie licencjonowania i kontroli<sup>26</sup>. Formalnie zaakceptowano możliwość udzielania prywatnych – odpłatnych – świadczeń w publicznych szpitalach, akceptując przy tym wyższe stawki wpłacane przez wszystkich, z wyjątkiem osób biednych i osób o ponadprzeciętnym ryzyku zdrowotnym. Kontynuując ten kierunek przemian, zachęcano obywateli do wstępowania do prywatnych ubezpieczeń, które pokrywały wydatki na zdefiniowany zakres świadczeń, przy stawce zróżnicowanej według wieku i płci, ale uzupełnianej przez publiczne dotacje, w której brano także pod uwagę wielkość indywidualnych dochodów. Jej wielkość ustalano ostatecznie, biorąc pod uwagę średnie wydatki w publicznym sektorze. Instytucje ubezpieczeniowe nie mogły-

---

<sup>23</sup> A. Rico, *Norway: local democracy and improved access*, Euro Observer, 2(1), 2000.

<sup>24</sup> *Health Care Systems in Transition. Norway*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000, s. 69.

<sup>25</sup> B. Abel-Smith, E. Mossialos, *Cost containment and health care reform: a study of the European Union*, Health Policy, 28, 1994:89–132.

<sup>26</sup> *Health Care Systems in Transition. Portugal*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.

by odmówić przyjęcia ubezpieczonego, niezależnie od wieku i stanu zdrowia, i nie mogłyby wypowiedzieć ubezpieczenia. Swoboda wyboru świadczeniodawców była ograniczona, mogła dotyczyć tych, którzy mieli umowy z ubezpieczycielem, a i wtedy wybór był limitowany. Jeśli pacjent wybierał świadczeniodawcę spoza tego kręgu, ponosił dodatkową opłatę. Zachęcano do tworzenia praktyk grupowych i zawierania z nimi kontraktów.

Ustawami z lat 1991 i 1995 regulowano problemy obrotu lekami i dostępu do nich. Rozszerzono uprawnienia lekarzy prywatnych, których recepty zostały objęte zwrotem wydatków.

W ustawie przyjętej w 1993 roku kontynuowano zmiany zwiększające elastyczność systemu. Zwiększono uprawnienia władz pięciu regionów zdrowotnych. Wprowadzono możliwość podejmowania pracy w sektorze prywatnym przez lekarzy zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia, jednak pod warunkiem, że czas ich pracy w sektorze publicznym nie zostanie z tego powodu skrócony. Umożliwiono zawieranie kontraktów na zarządzanie publicznymi instytucjami i wykonawcami tych kontraktów mogły być podmioty publiczne, takie jak samorządy lokalne lub fundusze ubezpieczeniowe, także podmioty prywatne, jak np. instytucje religijne. Z drugiej strony, władze zdrowotne regionu, jako dysponent środków publicznych, mogły zawierać kontrakty na wykonywanie usług zdrowotnych z różnymi świadczeniodawcami, także prywatnymi, oraz z grupami lekarzy. Świadczeniodawcy ci byli upoważnieni do zawierania subkontraktów z innymi wykonawcami.

W 1997 roku przygotowany został strategiczny dokument zgodny z zasadami „Zdrowia dla wszystkich”.

W październiku 2002 roku przyjęta została ustawa zmieniająca zasady zarządzania szpitalami<sup>27</sup>. Powodem nowej inicjatywy była utrzymująca się niska efektywność szpitali, potęgowana podwójnym zatrudnieniem lekarzy, dla których praca w publicznym szpitalu była tylko jednym ze źródeł dochodu. Wśród nowych rozwiązań znalazło się zastąpienie grupowych umów, w których uczestniczyli lekarze, przez indywidualne kontrakty, wprowadzenie reguł oceny produktywności szpitala (grupy zdefiniowanych świadczeń, ale nie DRG), które miały stanowić podstawę proefektywnościowego finansowania oraz zasadę swobodnego wyboru lekarza przez pacjenta. Najpoważniejszą zmianą było jednak wprowadzenie zróżnicowanych formuł definiujących prawa własności szpitali. Prócz szpitali publicznych, zarządzanych na podstawie norm prawa administracyjnego, funkcjonowały także szpitale publiczne zarządzane na podstawie kontraktów menadżerskich, szpitale należące do państwa, ale zarządzane według reguł prawa handlowego oraz szpitale prywatne. Ważnym novum ustawy było ustalenie, że tradycyjne szpitale publiczne miały być łączone w „kompanie szpitalne”, poddane ścisłym rygorom finansowym – limity deficytu – ale korzystające ze wsparcia w dziedzinie zarządzania.

---

<sup>27</sup> M. Oliveira, *Will hospital management reform in Portugal work?*, Euro Observer, 4(4), 2002.

### 2.1.12. Węgry

Potrzeba zmian w systemie zdrowotnym została dostrzeżona jeszcze przed przełomem politycznym<sup>28</sup>. W 1987 roku powołano do życia Instytut Promocji Zdrowia, a rok później utworzono Sekretariat, którego zadaniem było przygotowanie reformy opieki zdrowotnej. Sekretariat rozpatrywał możliwość wykorzystania zagranicznych doświadczeń, takich jak: finansowanie według formuły DRG, instytucje zintegrowanej opieki, jak HMO, samodzielne, quasi-publiczne instytucje świadczeniodawców, metody wynagradzania kapitacyjne lub oparte na pomiarze wyników, skandynawskie ośrodki zdrowia, nowe techniki zarządzania. Szczególnie kwestia poprawy efektywności szpitala znajdowała się w polu zainteresowań Sekretariatu. Te wczesne inicjatywy przygotowały grunt pod dalsze prace. Z punktu widzenia oprzyrządowania technicznego – np. techniki finansowania – Węgry wchodziły w okres reform dobrze przygotowane.

Na początku lat 90., po przełomie politycznym, sytuacja sektora zdrowotnego nie była dobra, a nawet gorsza, niż w wielu innych krajach regionu, opieka zdrowotna była bardzo kapitałochłonna, mając wysoką nadwyżkę łóżek szpitalnych. Załamanie gospodarcze początkowego okresu transformacji pozbawiło sektor znacznej części środków finansowych (ok. jednej trzeciej, ale warto pamiętać, że spadek nakładów trwał aż do 1997 roku), zachowania zdrowotne i aktywność z zakresu promocji zdrowia nie były rozpowszechnione, głębokie niezadowolenie panowało zarówno wśród pracowników sektora, jak i wśród pacjentów – jedni i drudzy oczekiwali szybkiej poprawy.

Władze zdawały sobie sprawę, że niezbędne jest pozyskanie dodatkowych środków, co było zadaniem pilnym zarówno wobec oczekiwań pracowników dotyczących zwiększenia wynagrodzeń, jak i z rozpoznanego faktu przyjmowania przez świadczeniodawców nieformalnych wynagrodzeń za świadczenia udzielane w publicznych instytucjach. W tej sytuacji na plan pierwszy wysuwały się postulaty zmian w strukturze własności – prywatyzacji, komunalizacji – co pozwoliłoby zarówno na oszczędności, jak i przesunięcie finansowej odpowiedzialności za utrzymanie infrastruktury.

Ustawą z 1989 roku wydatki na opiekę zdrowotną włączono do budżetu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (utworzonego w 1988 r.), odchodząc formalnie od budżetowej formuły finansowania świadczeń w zakresie wydatków bieżących. Wydatki inwestycyjne pozostały w gestii budżetu. W 1990 roku uchwalono ustawę o samorządzie terytorialnym, na mocy której uprawnienia właścicielskie w stosunku do placówek opieki podstawowej, opieki specjalistycznej i małych szpitali zostały przekazane władzom lokalnym. Państwo – rząd centralny – zachowało własność dużych szpitali, narodowe instytuty zdro-

---

<sup>28</sup> *Health Care Systems in Transition. Hungary*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999. E. Orosz, *Concepts and Realities of Reforms an Account of the Transformation of the Hungarian Health Care System*, maszynopis przedstawiony w ramach projektu „Comparative Institutional Reform in Social Policy: East Central Europe in European Context”, Institute of Human Sciences, Vienna, December 2000.

wia i instytucje o znaczeniu ogólnokrajowym. Jako właściciele władze lokalne stały się odpowiedzialne za utrzymanie placówek, ich rozwój i inwestycje. Mogły też rezygnować z prowadzenia własnych placówek i kontraktować usługi u świadczeniodawców prywatnych. Jednak z powodu niewystarczających środków finansowych – lokalne podatki przynosiły zbyt małe dochody – znaczna część finansowania placówek należących do samorządu nadal pochodziła z budżetu, o czym decydowano w negocjacjach z udziałem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Zdrowia i władz samorządowych. Problemem, który został wówczas ujawniony, i którego rozwiązanie napotkało na bardzo duże trudności, był niedobór fachowych kadr, które na szczeblu lokalnym byłyby w stanie racjonalnie zarządzać opieką zdrowotną. Lansowano też ideę wzmacniania podstawowej opieki zdrowotnej, do której wracano później jeszcze wielokrotnie, co otworzyło proces wzrostu jej znaczenia w systemie. Jedną z metod realizacji tej idei była funkcjonalna prywatyzacja tej formy opieki, wprowadzanie modelu lekarza rodzinnego, a także zmiana form kształcenia i specjalizowania się. Funkcjonalna prywatyzacja oznaczała pracę samodzielnego lekarza rodzinnego, zawierającego umowę z Funduszem, ale pracującego w gabinecie pozostającym własnością samorządu terytorialnego i zachowującym odpowiedzialność za jego utrzymanie<sup>29</sup>. Natomiast koszt bieżącego funkcjonowania był pokrywany ze środków pochodzących z kontraktu. Podkreślić należy, że była to tylko jedna z form organizowania opieki podstawowej. Lekarz mógł pozostać pracownikiem, a równocześnie zawierać umowę z Funduszem niezależnie od udziału lokalnych władz w organizowaniu infrastruktury.

W 1991 roku powołano do życia Służby Medyczne i Zdrowia Publicznego, wykorzystując dawne struktury nadzoru sanitarnego, powierzając im szeroki zakres zadań celem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. U podstaw tworzenia tych służb była idea szerokiego zakresu obowiązków, obejmujących nie tylko cele policji sanitarnej, ale wiele zadań z koordynacji świadczeń i poprawy ich jakości, zakresu promocji zdrowia, kształtowania świadomości i zachowań, a także prozdrowotnego oddziaływania na proces decyzyjny. Jednak w praktyce, także ze względu na brak właściwych kadr, zakres wykonywanych zadań uległ zawężeniu.

W 1992 roku wprowadzono zasadę wolnego wyboru lekarza rodzinnego. W jakiejś części było to powiązane z odchodzeniem od zasady dostępu do świadczeń, jako obywatelskiego prawa, i dochodzeniem do interpretowania jej jako efektu posiadania tytułu ubezpieczeniowego, a więc uprawnień konsumenta.

W 1993 roku wydzielony Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych uzyskał samodzielność i stał się głównym płatnikiem w sektorze zdrowotnym (z wyjątkiem inwestycji i niektórych świadczeń wyspospecjalistycznych). Jednak przepisy dotyczące zasad wynagradzania personelu, przyjęte rok wcześniej, nie pozwalały na swobodne kształtowanie płac. Zarówno płatnik, jak i zatrudniająca instytucja miały mały wpływ na poziom motywacji oferowanych pracownikom. Natomiast

---

<sup>29</sup> P. Gaal, *Hungary [w:] World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:329–342.



instytucjonalni świadczeniodawcy mogli być wynagradzani już to według zasady kapitacyjnej (opieka podstawowa), lub według formuły *fee-for-service* (specjalistyka), albo – w pewnym zakresie – według formuły DRG (świadczenia szpitalne). Elastyczne zarządzanie funduszem utrudniał brak sprawnego systemu informacyjnego.

W 1995 roku lewicowy rząd stanął w obliczu pogorszenia się sytuacji ekonomicznej. Pod presją wydarzeń wprowadzono pakiet działań mających na celu stabilizację wydatków publicznych, co było niezbędne z gospodarczego punktu widzenia, ale doprowadziło do zmniejszenia wielkości środków dostępnych w sektorze zdrowotnym. Rok później podjęto działania zmierzające do zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych oraz dopasowania – w ramach regionów – ich liczby i struktury do potrzeb mieszkańców, zgodnie z przyjętymi standardami. Standardy stały się również podstawą akredytowania instytucji. W 1997 roku potwierdzono zasady, na których budowano system ubezpieczeniowy – solidarność i powszechna dostępność do podstawowych świadczeń – co było o tyle istotne, że formalnie tytuł ubezpieczeniowy, jako podstawa uprawnień, był związany z faktem opłacania składek. W tym samym czasie potwierdzono też zasady organizowania systemu zdrowia publicznego, zwracając uwagę na kwestie promocji i prewencji.

W 1998 roku nowy – konserwatywny – rząd zdefiniował cele reformy na nadchodzącą przyszłość. Obejmowały one cztery punkty:

- utrzymanie zasady solidarności i powszechności jako fundamentu systemu;
- dalsza decentralizacja zarówno finansowania, jak i organizacji opieki zdrowotnej;
- obniżenie ogólnych obciążeń wynikających z płacenia składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne do poziomu 25% podstawy wymiaru składki, w ciągu czterech lat;
- zmiana systemu gromadzenia składek.

Jednym z narzędzi realizowania tych celów miała być intensyfikacja procesu prywatyzacji. Jednak wbrew ogólnej orientacji liberalnej – w sensie ekonomicznym – jedną z pierwszych decyzji nowej ekipy było wzmocnienie kontroli Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych i bezpośrednie podporządkowanie go rządowi.

Badacze uważają, że sposób prowadzenia reformy na Węgrzech był na tyle ostrożny, że wiele opcji jest ciągle możliwych, a sama reforma jest traktowana jako trwająca szansa uzyskania poprawy<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> J. Healy, *Hungary: a cautious reformer*, Euro Observer, 2(1), 2000.

### 2.1.13. Włochy

Projekt reformy włoskiego sektora zdrowotnego został zatwierdzony w 1992 i 1993 roku<sup>31</sup>. Zachowując zasady publicznego finansowania i powszechnej dostępności, proponowano zastosowanie narzędzi proefektywnościowych, tak na szczeblu regionalnym, jak i lokalnym, pod hasłem stosowania rynku wewnętrznego. Liczbę podstawowych jednostek terytorialnych zmniejszono z 650 o blisko dwie trzecie (jako podstawę przyjęto liczbę ludności, która powinna mieścić się w przedziale od 100 do 250 tys.). Jednostki te miały być kierowane przez fachowych menadżerów, którzy mieli zastąpić pochodzące z wyborów zarządy. Regiony – 21 jednostek administracyjnych ponad jednostkami lokalnymi – miały otrzymywać środki finansowe na podstawie kapitacyjnej, ale z uwzględnieniem ruchu pacjentów pomiędzy regionami. Regiony miały przekazywać środki jednostkom lokalnym. Przewidywano, że w przyszłości regiony otrzymają samodzielność finansową, zarówno w dziedzinie wydatków bieżących, jak i inwestycyjnych, i będą zobowiązane do pokrywania ewentualnych deficytów ze środków pochodzących z podatków miejscowych. Jednocześnie pacjenci otrzymali prawo wyboru preferowanych świadczeniodawców, co mogło zapowiadać, że mieli oni otrzymać możliwość bardziej bezpośredniego wpływu na wielkość płynących do świadczeniodawców środków.

Publiczne szpitale wysokospecjalistyczne, także szpitale uniwersyteckie, zwłaszcza te przyjmujące licznych pacjentów spoza granic regionu, mogły występować o przyznanie im samodzielności finansowej. „Własny” region przekazywałby takiemu szpitalowi środki w wysokości określonej na podstawie historycznych budżetów, a sąsiednie regiony płaciłyby za swoich pacjentów na podstawie regulowanych stawek ustalonych w cennikach. Częściowo szpital mógłby także zyskiwać opłaty kształtowane na rynku i w pełni pokrywające koszty działalności. Szpitale prywatne byłyby opłacane według regulowanych cenników, ale jednocześnie upoważnione do pobierania dodatkowych stawek.

Przejęciowo do 1993 roku w propozycjach reformatorskich przedstawiano możliwość prywatnego ubezpieczania się, poza systemem publicznym i przy rezygnacji z uczestnictwa w tym ostatnim. W trakcie dyskusji propozycja ta została zarzucona.

Wobec krytyki skutków wprowadzonych zmian, w latach 1997 i 2000 przedsięwzięto kolejne przekształcenia<sup>32</sup>. Pozostawały one w związku z trwającą tendencją do nadawania krajowi luźniejszej struktury, przy wzrastających uprawnieniach regionów, którym powierzono pełną odpowiedzialność za dostęp do gwarantowanego zakresu świadczeń zdrowotnych. Regiony pokrywały koszty tych świadczeń dzięki udziałowi w krajowym podatku od dochodów, jak również regionalnemu podatkowi zdrowotnemu oraz dzięki akcyzie wliczonej w ce-

---

<sup>31</sup> B. Abel-Smith, E. Mossialos, *Cost containment and health care reform: a study of the European Union*, Health Policy, 28, 1994:89–132.

<sup>32</sup> *Health Care Systems in Transition. Italy*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 91 i n.

nę benzyny. Ponadto, czerpiąc środki z odpisów w podatku VAT, utworzono Krajowy Fundusz Solidarności, który służył wyrównywaniu różnic między regionami. Obliczając odpowiednie kwoty – wpłacane lub otrzymywane – brano pod uwagę także normatywne cele ustalane przez rząd. Jednak mimo daleko idącej decentralizacji finansowania, regiony miały ograniczone możliwości – przynajmniej do 2004 roku – swobodnego dysponowania posiadanymi środkami i były zobowiązane przestrzegać historyczną strukturę budżetu. Aby zapewnić przestrzeganie wprowadzonych zasad, zbudowano systemy zbierania informacji – według zadanego układu wskaźników – służące monitorowaniu finansowania i produkcji świadczeń. Regiony, które nie wprowadziłyby takiego systemu, miały mieć ograniczony zakres swobody, a nadto mogły być karane progresywnie zmniejszanymi wielkościami przekazywanych środków.

Odmienne niż w poprzedniej fali reform, pod koniec lat 90. nie odwoływano się do hasła rynku wewnętrznego wdrażanego w sposób zdecentralizowany przez regiony. Zaproponowano natomiast wzmocnienie mechanizmu planistycznego, nadzorowanego przez rząd centralny. Miał on służyć lepszej koordynacji procesu organizacyjnego, ale także ułatwiać integrację opieki zdrowotnej i socjalnej. W jego budowie miano zrealizować trzy zamierzenia: ustalić kryteria selekcji świadczeń gwarantowanych, podstawowe kategorie świadczeń, rodzaje interwencji zdrowotnych objętych pakietem. Elementem mechanizmu miał być nadzór nad jakością, równocześnie wykorzystywany do porządkowania procesu quasi-rynkowej konkurencji. W jego realizacji chodziło o dopuszczenie do świadczenia usług tylko tych producentów usług, którzy spełniali jakościowe kryteria (akredytacja) i tylko z nimi mogły być zawierane kontrakty. Personel medyczny miał być zobowiązany do stałego uczestniczenia w programach doskonalących, ustalono również zasady ich organizacji. Choć rząd regionalne miały określać szczegóły procesu, jego ogólne zasady były poddane centralnej regulacji. Chodziło w niej o wyraźniejsze rozgraniczenie sektora prywatnego i publicznego – także ograniczenia możliwości łączenia zatrudnienia – celem osłabienia potencjalnego konfliktu interesów. Generalnie zmierzano do zmniejszenia obecności prywatnych świadczeniodawców w publicznym systemie. Wprowadzono bezpłatnie dostępne programy profilaktyczne. Zmieniono też zasady bezpośredniego obciążania pacjentów z tytułu opłat za świadczenia: uczyniono z nich jedno ze źródeł dodatkowego zasilania systemu, ale jednocześnie wprowadzono ulgi i zwolnienia dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> F. Taroni, *Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy*, Euro Observer, 2(1), 2000.

## 2.2. Charakterystyki szczegółowe

### 2.2.1. Holandia

W 1987 roku opublikowany został dokument, który przeszedł do historii pod nazwą Raportu Dekkera. Podstawową ideą Raportu było wykorzystanie mechanizmu rynkowej konkurencji do poprawy efektywności sektora zdrowotnego. Konkurencja powinna być stosowana na dwóch poziomach. Po pierwsze, firmy ubezpieczeniowe powinny konkurować między sobą, pozyskując uczestników, biorących pod uwagę różnice w wysokości składek i zakresach oferowanych świadczeń. Zakresy te składałyby się z dwóch części: koszyka podstawowego (według zaleceń Raportu byłoby to 85% ogółu świadczeń), jednolitego dla wszystkich, oraz koszyka świadczeń dodatkowych, różnicowanych przez poszczególnych ubezpieczycieli. Po drugie, świadczeniodawcy konkurowaliby o kontrakty, proponując zróżnicowane warunki produkcji usług, zarówno co do zakresu, jakości, jak i ceny. Warunkiem wprowadzenia przedstawionych propozycji było ujednolicenie zasad korzystania dla wszystkich obywateli, zróżnicowanych przed reformą według kryterium dochodowego (obowiązkowe ubezpieczenia poniżej pewnego poziomu dochodów i dobrowolne powyżej tego poziomu). Po reformie wszyscy obywatele uzyskujący przychód byłiby zobowiązani do wpłacania trzech czwartych do wspólnego funduszu, a jedna czwarta służyłaby wpłatom do wybranych funduszy. Była to jedna z najbardziej radykalnych i spójnych propozycji reformatorskich.

### *Ewolucja*

Raport stał się punktem wyjścia wielu zmian organizacyjnych, wprowadzonych w życie między 1989 i 1992 rokiem<sup>34</sup>. Rozluźniono zasady planowania świadczeń i ustalania opłat, znosząc regułę stosowania ustalonych stawek i zastępując je maksymalnymi pułapami. Zlikwidowano terytorialne ograniczenia działalności poszczególnych ubezpieczycieli. Zniesiono nadzór lokalnych władz nad działalnością lekarzy rodzinnych. Zlikwidowano nałożony na ubezpieczycieli obowiązek zawierania umów ze wszystkimi prywatnie praktykującymi świadczeniodawcami. Zmiany te łącznie doprowadziły do znacznej deregulacji systemu i umożliwiły ubezpieczycielom stosowanie selektywnego kontraktowania, otwierając drogę mechanizmom konkurencji.

W 1992 roku opublikowano raport zawierający zasady definiowania koszyka świadczeń podstawowych<sup>35</sup>, ale debata, która później nastąpiła nie doprowadziła do rozstrzygnięcia, które mogło stać się podstawą dalszego postępu w pracach

---

<sup>34</sup> K.G.H. Okma, *Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, The Hague, May 2001.

<sup>35</sup> *Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care*, The Netherlands, The Hague 1992.

reformatorskich<sup>36</sup>. W obliczu sporów politycznych, po wyborach w 1994 r. rząd zadeklarował odejście od „dużej” reformy i poparł podejście inkrementalne. Podobna deklaracja została złożona po kolejnych wyborach w 1998 roku. Dopiero dwa lata później dyskusja o celach reformy została wznowiona.

Trudności związane z realizacją planu Dekkera doprowadziły w połowie lat 90. do wniosku, że zwiększenie koncentracji uprawnień w rękach rządu może być rozwiązaniem racjonalnym, z punktu widzenia efektywności procesu decyzyjnego. Uznano za uzasadnione wzmocnienie kontroli rządu w następujących, najważniejszych dziedzinach<sup>37</sup>:

- uzgadnianie wysokości dochodów lekarzy specjalistów z budżetami szpitalnymi (eliminacja stosowanego wcześniej wynagrodzenia *fee-for-service*);
- ogólnokrajowy system planowania infrastruktury służby zdrowia;
- ogólnokrajowy system ustalania cen za usługi zdrowotne;
- wzmocnienie i egzekwowanie ustawodawstwa antykartelowego;
- przygotowanie i wdrożenie ustawodawstwa sprzyjającego ujednolicaniu zasad ubezpieczeń prywatnych i publicznych;
- wzmocnienie i egzekwowanie kontroli dystrybucji leków;
- redukcja zakresu świadczeń publicznie gwarantowanych (zmniejszenie, a raczej bardziej precyzyjne zdefiniowanie koszyka).

Rozwiązanie holenderskie potwierdziło tezę, że celem nie jest wprost decentralizacja, ale raczej właściwy dobór proporcji w ustalaniu uprawnień różnych uczestników procesu decyzyjnego, ulokowanych na różnych szczeblach.

### ***Elementy konkurencji***

Chociaż ambitne plany uczynienia z mechanizmu rynkowego istotnej siły napędowej sektora zdrowotnego nie zostały zrealizowane, pewne elementy konkurencji wprowadzono do systemu. Po koniec lat 90. ubezpieczeni mogli wybierać i zmieniać fundusze ubezpieczeniowe, biorąc pod uwagę różnice w wysokości malej, dodatkowej opłaty, której wysokość była ustalana przez poszczególne fundusze. Opłata ta stanowiła uzupełnienie ujednoliconej składki, wpłacanej przez pracodawców i pracowników do scentralizowanego funduszu i redystrybuowanej do wybranych przez ubezpieczonych funduszy. Różnice poziomów ryzyka były wyrównywane przez standaryzację wydatków przeliczanych ze względu na wiek, płeć, region i sytuację pracowniczą. Do 1995 roku dodatkowa opłata nie była zróżnicowana i wynosiła ok. 90 euro<sup>38</sup>. W późniejszych latach

---

<sup>36</sup> H.A.M.J. Have, *Choosing Core Health Services in The Netherlands* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:95–100.

<sup>37</sup> J.W. Bjorkman, K.G.H. Okma, *Restructuring Health Care Systems in the Netherlands: The Institutional Heritage of Dutch Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:79–108.

<sup>38</sup> S. Gres, P. Groenewegen, J. Kressens, B. Braun, J. Wasem, *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, *Health Policy*, 60, 2002:235–254.

pojawiły się różnice, które w 1999 roku wzrosły do poziomu 28%. Przejście od funduszu o najwyższej dopłacie do funduszu o najniższej dopłacie pozwalało oszczędzić 4 euro miesięcznie. Zmiany członkostwa okazały się ograniczone: tylko w jednym funduszu liczba zmian zbliżyła się do 100 tys. Co interesujące, zmiany w niewielkim stopniu były związane z wysokością dopłaty. Jak wynikało z deklaracji ubezpieczonych większą rolę odgrywały inne produkty oferowane przez fundusze, takie jak możliwość zawarcia dodatkowego ubezpieczenia w tym samym funduszu. Jako stosunkowo atrakcyjne postrzegano zarówno dodatkowe świadczenia, jak i ich cenę. Pewną rolę odgrywał również sposób załatwiania skarg oraz wysiłki zmierzające do skracania list oczekujących. Były to więc ogólnie znane pozytywne cechy, które tym razem odgrywały rolę – niezbyt silną – w preferencjach i decyzjach rynkowych.

### ***Nowe inicjatywy***

W 2000 roku w porozumieniu organizacji pracodawców i pracowników ustalono, że popierać należy idee wprowadzenia do systemu zdrowotnego bodźców, które zwiększałyby wpływ wyborów konsumenckich na sposób działania świadczeniodawców<sup>39</sup>. Rok później podobne propozycje znalazły się w deklaracji rządowej. Kolejne wybory zmieniły jednak skład koalicji, do której weszli populiści Pima Fortuyna, i w 2002 roku rząd przedstawił kolejną propozycję reformy holenderskich ubezpieczeń, która zawierała następujące zasady:

- integracja ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych w jeden obligatoryjny system (ale bez ubezpieczenia pokrywającego wydatki pozamedyczne), organizowany jako zbiór instytucji prywatnych;
- automatyczne ubezpieczanie każdego zostanie zastąpione aktem wyboru preferowanego ubezpieczenia, powtórny wybór – a więc zmiana kasy – będzie możliwa raz w roku;
- kasy będą miały obowiązek ubezpieczania każdego zgłaszającego się (zakaz selekcji ryzyk);
- wprowadzony zostanie koszyk świadczeń podstawowych, obejmujący większość świadczeń leczniczych, pokrywanych wcześniej w ramach ubezpieczeń obowiązkowych;
- część składki opłacana przez ubezpieczonego będzie ustalana przez ubezpieczyciela na podstawie uśrednionego ryzyka (*community rated*), a część składki opłacana przez pracodawcę ustalana proporcjonalnie do zarobków;
- dla wyrównania poziomów ryzyk w poszczególnych kasach i dla umożliwienia ich konkurencji zostanie wprowadzony rozbudowany system wyrównawczy;
- środki budżetowe będą użyte na opłatę składki za dzieci oraz na rekompensatę zwiększonych wydatków wynikających z wprowadzenia zasady uwzględniania uśrednionego ryzyka (redukcja podatku lub indywidualna rekompensata);

---

<sup>39</sup> H. Maarse, *Health insurance reform (again) in The Netherlands: will it succeed?*, Euro Observer, 4(3), 2002.

– wprowadzone będą opłaty pobierane od pacjentów – możliwe będzie płacenie niższych opłat za wyższą składkę.

Przedstawione propozycje zostały ocenione jako efekt dwojako rozumianego kompromisu. Z jednej strony chodziło o uzyskanie równowagi między zasadą solidarności społecznej a zasadą efektywności. Z drugiej strony przedmiotem kompromisu miała być ugoda polityczna między chadekami i liberałami.

Efektywności miała służyć konkurencja. Była to oczywista kontynuacja nadziei przedstawionych piętnaście lat wcześniej. W uzgodnieniu ogólnych wartości sprawie solidarności miał pomóc formalny zakaz selekcji ryzyk, wprowadzenie uśrednionego ryzyka jako podstawy wymiaru składki, rozbudowanie funduszu wyrównawczego, wprowadzenie specjalnych subsydiów, związanych ze zwiększeniem wydatków na składki przyznawane rodzinom. Także solidarności służy zniesienie starego podziału na osoby pozostające w ubezpieczeniu obowiązkowym – osoby gorzej sytuowane – i te, które były ubezpieczone dobrowolnie – z reguły znajdujące się w lepszej sytuacji.

W płaszczyźnie politycznej problem polegał na tym, że chadekom zależało na eksponowaniu rozwiązań służących umacnianiu pozycji rodziny. Z tego punktu widzenia przejęcie obowiązku płacenia składki za dzieci przez płatnika publicznego, a także system rekompensat za wzrost obciążeń z tytułu zmiany mechanizmu naliczania części składki (podstawą było uśrednione ryzyko, a nie wielkość dochodów) były rozwiązaniami ze wszech miar pozytywnymi. Z drugiej strony, partii liberalnej zależało na podkreśleniu znaczenia mechanizmów rynkowych, co znalazło wyraz w przypomnieniu roli konkurencji, a także we wprowadzeniu zasady obniżania podatków, jako metodzie kompensowania obciążeń mogących wynikać ze zmiany sposobów naliczania składki, co mogło prowadzić do jej wzrostu. Ponieważ jednak istniała możliwość wyboru ubezpieczyciela, w tym możliwość przystąpienia do kasy naliczającej niższą składkę, a rekompensata pozostawiała podatnikom więcej pieniędzy do swobodnego użycia, wprowadzone rozwiązania były przedstawiane jako zgodne z wartościami liberalnymi. W duchu liberalnym był także zamiar likwidacji dużego obciążenia płatnika publicznego subsydiami do systemu ubezpieczeń obowiązkowych, które byłyby zlikwidowane, w ramach tworzenia jednolitego systemu. W konsekwencji znaczna część środków finansowych zostałaby wyłączona spod kontroli budżetu, a zatem układu politycznego, który poprzez decyzje parlamentarne decydował o jego kształcie.

Los reformy zależał głównie od stabilizacji politycznej. Propozycje reformatorskie zostały zaplanowane w taki sposób, że nowy system miał działać od 2006 roku. Dobrze to świadczy o technicznym przygotowaniu autorów, którzy zdawali sobie sprawę, jak skomplikowanym przedsięwzięciem jest reforma zdrowotna. Jednak, z drugiej strony, przeprowadzenie tak długotrwałego procesu do początku było mało prawdopodobne w chwiejnej sytuacji politycznej. Kilka miesięcy po przedstawieniu propozycji koalicja rządowa rozpadła się, w wyniku wyborów powstał nowy rząd i sprawa kierunku oraz zakresu zmian po raz kolejny stanie się przedmiotem politycznych przetargów i ustaleń.

### 2.2.2. Kanada

W systemie, w którym odpowiedzialność za ochronę zdrowia była powierzona prowincjom, w 1984 roku została uchwalona ustawa zdrowotna (*Canada Health Act*), która przez wiele lat była traktowana jako jedna z najlepszych na świecie. Jednak na początku lat 90. stało się oczywiste, że trwający wzrost wydatków na opiekę zdrowotną może stać się przyczyną kryzysu finansów publicznych<sup>40</sup>. W związku z tym w następnych latach wprowadzono wiele działań mających na celu zahamowanie tego trendu, takich jak: limitowanie wielkości transferów alokowanych do prowincji przez rząd federalny, kontrola deficytów wydatków zdrowotnych lub zmniejszanie zakresu świadczeń objętych publicznymi gwarancjami. Starano się także definiować priorytety przez koncentrowanie się na działaniach przynoszących największy przyrost efektów zdrowotnych, a więc zmniejszanie zainteresowania leczeniem na korzyść promocji i prewencji, w czym Kanada miała bogate tradycje. Od 1991 roku została wprowadzona zaostrzona polityka dotycząca zakupu i udostępniania nowej aparatury medycznej<sup>41</sup>. Specjalnie powołany zespół opracował rekomendacje, zgodnie z którymi decyzja o zakupie drogiej aparatury musiała być poprzedzona skrupulatną analizą korzyści zdrowotnych, które mogłyby być osiągnięte. W 1992 roku wprowadzono limity studentów odbywających studia medyczne i zaczęto dostosowywać liczbę miejsc specjalizacyjnych do miejscowych potrzeb<sup>42</sup>. Zachęcono prowincje do samodzielnego wprowadzania rozwiązań usprawniających, w ramach zaakceptowanych ram federalnych. Wewnątrz prowincjonalnych systemów łatwiejsza stawała się integracja i koordynacja świadczeń, co przyczyniało się do podniesienia jakości opieki, a także pozwalało – niekiedy – obniżyć koszty<sup>43</sup>. Inicjatywy te doprowadziły jednak do narastania różnic, zwłaszcza kiedy polityczne barwy rządów prowincji były inne, niż rządu w Ottawie. Różnice te sięgały tak daleko, że niektóre prowincje kwestionowały zasadę uniwersalnego dostępu, a w sprawie opłat wnoszonych przez pacjentów ukształtowały się dwa sprzeczne podejścia – akceptacji i odrzucenia<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> P. Manga, *Avoiding fundamental reform: current cost containment strategies in Canada*, Journal of Health and Human Service Administration, 20(4), Spring, 1998:468–5012.

<sup>41</sup> J.F. Finley, B. Henderson, D. Menon, *Medical devices regulation in Canada: direction for change*, Health Policy, 28(3), 1994:185–195.

<sup>42</sup> Ch. Hollenberg, *The effect of health care reform on academic medicine in Canada*, Canadian Medical Association Journal, 154(10), 1996:1483–9.

<sup>43</sup> P. Leatt, S.G. Leggatt, *Governing integrated health delivery systems: meeting accountability requirements*, Health Care Management Forum, Winter, 10(4), 1997:12–22.

<sup>44</sup> K. Fierlbeck, *Canadian Health Care Reform and the Politics of Decentralization* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:17–38, s. 34.



### *Płaszczyzny konfliktów*

W drugiej połowie lat 90. ujawniła się wyraźna różnica poglądów między większością społeczeństwa i środowiskiem lekarskim. O ile ta pierwsza pozostawała zwolennikiem zachowania opiekuńczych zobowiązań władz publicznych, o tyle lekarze w 70% deklarowali się jako zwolennicy systemu, w którym poziom świadczeń mógłby być zróżnicowany w zależności od stanu zamożności pacjentów: bogaci, płacąc, mogliby otrzymywać więcej<sup>45</sup>. Lekarzom dawałoby to możliwości uzyskiwania legalnie większych dochodów, a dla niektórych pacjentów otwierałoby to możliwości rozszerzenia swobody wyboru świadczeń i świadczeniodawców. (Stany Zjednoczone dostarczały przykładu bardzo wysokich dochodów i znosiły obawy moralne, ponieważ w Kanadzie dostęp do świadczeń – niezależnie od zróżnicowań – nadal pozostawałby przedmiotem publicznych gwarancji.) Jednak nawet bez fundamentalnych zmian świadczeniodawcy rozbudowywali prywatny sektor, oferując usługi nieobjęte publicznymi gwarancjami i pobierając za to stosowne opłaty. Część tych usług była świadczona przy wykorzystaniu środków publicznych, co stanowiło naruszenie zasad nakazujących separację tych dwóch rodzajów aktywności.

W podejściu rządu federalnego do zmian w sektorze zdrowotnym widać było brak konsekwencji<sup>46</sup>. Rządy liberalne popierały podstawowe zasady kanadyjskiego systemu (które określano jako Medicare), natomiast rząd postępowych konserwatystów był zwolennikiem jego zniesienia. Różnica zdań ujawniła się w pełni w sporze o wielkość transferów finansowych z poziomu federalnego na poziom prowincji. Partie lewicowe chciały utrzymania jak największych dotacji, ponieważ one stanowiły podstawę finansowania Medicare. Likwidacja dotacji to pozbawienie systemu publicznego finansowania, prowadząca do jego zniesienia. Z tych samych względów partie prawicowe domagały się zmniejszenia dotacji, aż do ich całkowitego zniesienia. Różnice w poziomach dotacji były powiązane z kwestią dodatkowych opłat. Ich stosowanie doprowadziło do wykorzystywania wprowadzonego wraz z uchwaleniem *Canadian Health Act* systemu kar nakładanych na prowincje, w których zdarzały się tego rodzaju przypadki<sup>47</sup>. Zasada naliczania obowiązkowej kary była prosta – stanowiła równoważność rocznej kwoty wpłaconej niesłusznie przez pacjentów w ramach całej prowincji. Suma ta była odliczana od kwoty transferowanej przez władze federalne na użytek prowincjonalnych władz ochrony zdrowia. W sposobie interpretowania problemu dodatkowych opłat istotną rolę odegrał list ministra zdrowia z 1995 roku w sprawie zasad finansowania prywatnych klinik<sup>48</sup>. W liście tym podkreślano, że niedopuszczalne jest pobieranie opłat z dwóch źródeł jednocześnie; jeśli kli-

---

<sup>45</sup> C.D. Naylor, *Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress*, Health Affairs, 18(3), 1999:9–26.

<sup>46</sup> R.G. Evans, *Canada*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:889–897.

<sup>47</sup> *Canada Health Act Annual Report 1999–2000*, 2000, [www.hc-sc.gc.ca/medicare](http://www.hc-sc.gc.ca/medicare)

<sup>48</sup> D. Marleau, List z 6 stycznia 1995, *Canada Health Act Annual Report 2000–2001*, 2001, [www.hc-sc.gc.ca/medicare](http://www.hc-sc.gc.ca/medicare), Annex C, s. 307–309.

nika pozyskiwała środki z zasobów publicznych, to wykluczone było obciążanie pacjentów jakimikolwiek opłatami.

### ***Nowe otwarcie***

Polityka oszczędności przyniosła złe skutki i stawało się oczywiste, że niezbędne jest poszukiwanie innych form działania<sup>49</sup>. Obniżało się zadowolenie pacjentów, spadały dochody pracowników. Pojawiły się głosy, że blokada strategicznych przekształceń może być przypisana cechom prawnego fundamentu kanadyjskiego systemu<sup>50</sup>. Zwolennicy takiej opinii wskazywali, że podstawowy akt prawny nie wyznaczał jasnej granicy między odpowiedzialnością rządu federalnego i rządów prowincji oraz nie określał miejsca i roli sektora prywatnego. Nie rozwiązywał więc dwóch podstawowych problemów, wokół których toczyły się spory przez całą dekadę lat 90.

We wrześniu 2000 roku podpisano porozumienie między rządem federalnym i rządami prowincji w sprawie zwiększenia dotacji federalnych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w zamian za coroczne raporty z prowincji, zawierające ocenę zamierzonych i wykonanych zadań<sup>51</sup>. Miało się to przyczynić do bardziej harmonijnej współpracy wewnątrz władz publicznych. W wielu środowiskach profesjonalnych przypomniano bogate tradycje w dziedzinie promocji zdrowia i umiejętnego łączenia aktywności promocyjnych i naprawczych<sup>52</sup>. Jednocześnie podjęto prace zmierzające do opracowania teoretycznych problemów reformy, uwzględniające etyczne podstawy systemu, ale precyzujące zakresy publicznej odpowiedzialności. Jednym z interesujących przejawów tych inicjatyw było powołanie w 2001 roku rządowej, jednoosobowej komisji – R. Romanowa – celem przygotowania oceny systemu i propozycji zmian, która została przedstawiona na początku następnego roku<sup>53</sup>. Dokument ten bardziej wyważał różnorodne opcje, niż proponował jednoznaczne rozwiązania i stał się podstawą publicznej debaty przyszłych zmian. W tym samym czasie także inne instytucje, w tym pozarządowe – występowały ze swoimi propozycjami<sup>54</sup>. Z punktu widzenia intensywności debaty publicznej był to okres bardzo płodny. Analizując informacje napływające z Kanady, można było mieć wrażenie, że „prawdziwa” reforma zaczęła się tam dopiero po 2000 roku.

---

<sup>49</sup> C.H. Tuohy, *The Cost of Constraints and Prospects for Health Care Reform in Canada*, Health Affairs, 21(3), 2002:32–47.

<sup>50</sup> *The Future of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Discussion Paper, October 2001.

<sup>51</sup> C.H. Tuohy, *The Cost of Constraints and Prospects for Health Care Reform in Canada*, Health Affairs, 21(3), 2002:32–47.

<sup>52</sup> *An Ounce of Prevention. Strengthening the Balance in Health Care Reform*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Issue Paper, May 2000.

<sup>53</sup> R.J. Romanow, *The Shape of Health Care*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002 (strony www), s. 2.

<sup>54</sup> *The Future of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Discussion Paper, October 2001.

### 2.2.3. Niemcy

W RFN udział wielu partnerów w procesach podejmowania decyzji ma szczególnie i rozwinięty charakter z powodu cech realizowanego tam modelu społecznej gospodarki rynkowej, w której bardzo wiele rozstrzygnięć zostaje przyjętych w drodze negocjacji. Zdarza się, że sprzeciw jednego z partnerów uniemożliwia podjęcie decyzji. Prócz naturalnego układu – rząd, kasy chorych, świadczeniodawcy, pacjenci – w realiach niemieckich istotną rolę odgrywają rządy krajowe, stowarzyszenie lekarzy kas chorych, szpitale, kas chorych, pracodawców, związki zawodowe (przedstawiciele pracodawców i pracobiorców uczestniczą w zarządach kas chorych). Od lat 70. – ustawa z 1977 roku – w Niemczech stosowana była specyficzna formuła politycznych konferencji uzgodnieniowych (*concerted action*), które służyły uzgadnianiu priorytetowych kierunków działania całego systemu zdrowotnego. Warto też wspomnieć, że w 1991 roku powołano odrębne Ministerstwo Zdrowia – wcześniej sprawy zdrowia były prowadzone razem ze sprawami pracy i zabezpieczenia społecznego.

W dziejach niemieckiej reformy wyróżniano zwykle „trzy kroki”: reformy 1989, 1993 i 1997 roku, ale historia dopisała kroki następne<sup>55</sup>. Poza tym w Niemczech miały miejsce pewne specyficzne wydarzenia, które nie mieszczą się w prostej periodyzacji.

#### *Wczesne zmiany*

W 1988 roku uchwalona została ustawa o reformie opieki zdrowotnej – pierwszy krok – która zawierała wiele nowych rozwiązań. Znalazło się wśród nich prawo wyboru kasy lub pozostawania poza systemem publicznym przez pracowników najemnych mających dostatecznie duże dochody, uprawnienia do rozszerzonego zakresu świadczeń w opiece długoterminowej, korzyści wynikające z rozsądnego korzystania z opieki medycznej, wprowadzenie uprawnień do świadczeń z zakresu promocji zdrowia, wprowadzenie cen referencyjnych na leki i środki medyczne, negatywnej listy leków, programów kontroli jakości, zespołów oceniających przydatność drogich technologii, rozszerzenie uprawnień kas chorych w zakresie kontraktowania szpitali.

Po roku 1990 podjęto wielki wysiłek wprowadzenia zachodnioniemieckich zasad organizacji opieki zdrowotnej na landy wschodnie. Przebudowa systemu była operacją bardzo kosztowną. Jej przedmiotem było stworzenie instytucji nowych płatników, ale również tworzenie sieci dobrze wyposażonych prywatnych gabinetów. Ponadto w grę wchodziły ogromne koszty społeczne, wśród których były zwolnienia licznej rzeszy pracowników zatrudnionych poprzednio w przychodniach. Operacja ta była prowadzona – jak twierdzą badacze – w interesie jednego, wpływowego uczestnika procesu decyzyjnego: stowarzyszenia

---

<sup>55</sup> *Health Care Systems in Transition. Germany*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000, s. 110 i n.

lekarzy kas chorych. Dla tej organizacji, zaszczepienie na wschodzie modelu opartego na licznych, prywatnych gabinetach było równoznaczne z zasadniczym zwiększeniem liczby swoich członków. Ponieważ wśród aktorów procesu decyzyjnego nie było nikogo, czyje interesy były tym działaniem naruszane, nikt nie wyrażał sprzeciwu wobec dążeń wąskiej przecież grupy zainteresowanych.

W 1993 roku przyjęto ustawę o strukturalnej reformie opieki zdrowotnej (drugi krok), która podporządkowana była dwóm strategiom: oszczędności w wydatkach i rozwój konkurencji. Zamierzano osiągnąć to, wprowadzając następujące rozwiązania:

- umożliwienie wyboru kasy większości ubezpieczonych (od 1996 r.);
- wprowadzenie mechanizmu wyrównawczego między kasami;
- zniesienie konieczności pełnego pokrywania wydatków szpitali na leczenie pacjentów;
- częściowe wprowadzenie prospektywnego finansowania szpitali (opłaty za przypadki i opłaty za procedury w niektórych jednostkach chorobowych);
- osłabienie barier między sektorem ambulatoryjnym i szpitalnym (chirurgia ambulatoryjna stała się możliwa);
- wprowadzenie dokumentów elektronicznych;
- wprowadzenie ustalanych w drodze negocjacji pułapów wydatków w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w opiece szpitalnej oraz na leki.

W rozstrzygnięciach z 1993 roku istotną rolę odgrywało dążenie do wzmocnienia pozycji kas chorych<sup>56</sup>. Okazało się bowiem na podstawie wcześniejszych doświadczeń, że próby kontroli wydatków zdrowotnych są mało skuteczne, także z powodu słabości płatników. Sojusznikiem kas chorych w tych działaniach były władze federalne. Jednak przeprowadzenie decyzji wymagało zawarcia sojuszu między partiami rządzącymi – CDU/CSU i liberałowie – i socjaldemokratyczną opozycją, która miała większość w izbie wyższej. Fakt, że różne ugrupowania miały przewagę w różnych izbach długo blokował możliwości wprowadzenia zmian<sup>57</sup>. Jednak głosowanie w izbie wyższej wymagało także zgody rządów landów i to one musiały iść na ustępstwa (zmniejszanie liczby łóżek szpitalnych). W literaturze wskazywano też rolę ministra zdrowia, H. Seehofera, który przeprowadził pakiet reform przez parlament<sup>58</sup>.

W efekcie reformy z 1993 roku ujawniły się dwa konflikty. Pierwszy był związany z wprowadzeniem limitów wydatków przeznaczanych na opiekę ambulatoryjną, świadczoną przez lekarzy głównie w ich prywatnych gabinetach.

---

<sup>56</sup> H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.

<sup>57</sup> Ch. Altenstetter, *Health Policy-making in Germany: Stability and Dynamics* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:136–160.

<sup>58</sup> S. Giaimo, Ph. Manow, *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:175–202.

Ograniczenia finansowe wywierały bezpośredni wpływ na ich dochody<sup>59</sup>. Dochody obniżały się także w wyniku ustaleń o priorytecie świadczeń podstawowych, co oznaczało podniesienie wyceny tego rodzaju usług i odbyło się kosztem dochodów uzyskiwanych za często udzielane świadczenia specjalistyczne.

Druga sprawa związana była z limitami wydatków na leki. Sumy przekraczające limity obciążały lekarzy przepisujących leki i kasy chorych wystąpiły do lekarzy z żądaniami pokrycia nieuzasadnionych wydatków. Żądanie to zostało potraktowane przez lekarzy jako skrajnie nieuzasadnione<sup>60</sup>. Chociaż do wyegzekwowania należności nie doszło, konflikt między lekarzami i płatnikami nie został rozwiązany.

### *W stronę rynku*

W 1996 roku wchodziły w życie różne przepisy uchwalone poprzednio, a jednocześnie rząd przygotował projekt zmian w sektorze szpitalnym (trzeci krok), który jednak nie uzyskał aprobaty izby wyższej parlamentu. Zamiast tego w latach 1997–1998 wprowadzano w życie kolejne przepisy, które zmieniały istotne zasady utrwalone w niemieckim systemie, takie jak: jednolitość pakietów usług oferowanych przez wszystkich ubezpieczycieli publicznych, równy podział składki między pracodawcę i pracownika, ustalenie wielkości składki na podstawie dochodów, a nie ryzyka zdrowotnego, wyłączność świadczeń w naturze w ramach systemu ubezpieczeniowego. Ogólna tendencja zmian polegała na zwiększaniu obciążeń pacjentów oraz poprawie sytuacji świadczeniodawców. Wprowadzono następujące rozwiązania:

- wykluczenie niektórych świadczeń stomatologicznych dla młodszych roczników;
- obniżenie wysokości składki;
- zmniejszenie zakresu świadczeń z zakresu promocji zdrowia i rehabilitacyjnych;
- zwiększenie dopłat za leki, opiekę szpitalną, środki medyczne, protezy stomatologiczne, transport sanitarny, świadczenia rehabilitacyjne\*;
- wprowadzenie negocjowanej między pacjentem i lekarzem opłaty za świadczenia stomatologiczne, z niewielkim zwrotem przez kasę chorych\*;
- wprowadzanie jednoczesnego podnoszenia składki i dopłaty za świadczenia\*;
- możliwość wprowadzania przez kasy chorych premii za niekorzystanie, wyższych dopłat i progów zwrotu opłat\*;

---

<sup>59</sup> T. Jost, *German Health Care Reform: The Next Steps*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 23(4), 1998:697–711.

<sup>60</sup> D. Delnoij, G. Brenner, *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholder?*, Health Policy, 52, 2000:157–169.

\* Znak gwiazdki (\*) wskazuje propozycje, z których rząd wycofał się po wyborach, o czym piszę w następnym fragmencie tekstu.

- możliwość uzgodnienia zwrotu pieniędzy za świadczenia uzyskane u lekarza niemającego kontraktu z kasą\*;
- zniesienie pułapów wydatków na opiekę ambulatoryjną i leki\*;
- zwiększenie możliwości zawierania umów między indywidualnymi świadczeniodawcami i kasą (bez pośrednictwa stowarzyszenia lekarzy kas chorych);
- zniesienie komitetów zajmujących się drogimi technologiami i przekazanie problemów prospektywnego finansowania z ministerstwa do autonomicznych instytucji systemu;
- wprowadzenie podatku na utrzymanie i remonty szpitali, płaconego przez wszystkich ubezpieczonych\*;
- wprowadzenie nowych zasad oceny technologii medycznych stosowanych w opiece ambulatoryjnej.

### ***Efekty konkurencji***

Od zmian wprowadzonych w 1996 i 1997 roku możliwość stosowania konkurencji pomiędzy kasami chorych stała się jedną z zasad działania systemu<sup>61</sup>. Ubezpieczeni zostali zachęceni do zmiany lub wyboru kasy. Kasy, które podjęłyby ryzyko narzucania wyższej składki – pakiet świadczeń był w zasadzie ujednolicony – stawały się mniej atrakcyjne i ubezpieczeni mieli powody, żeby je opuścić. Aby wspierać uczciwą konkurencję między płatnikami, zapobiec niewłaściwej selekcji ryzyk, akcentować zasadę solidarności, wprowadzono mechanizm wyrównywania finansowego. Hasła rynkowe i częściowe wprowadzenie quasi-rynkowych reguł stymulowały konkurencję, mimo pewnego sprzeciwu kas, z których część była zmuszona do likwidacji lub połączenia się z kasą silniejszą. Między 1993 i 1998 rokiem liczba kas spadła o ponad połowę – do 477<sup>62</sup>. Zmieniała się też sytuacja ubezpieczonych. Przejście z najdroższej do najtańszej kasy pozwalało zaoszczędzić 18,5 euro na każde 1000 euro dochodu<sup>63</sup>. Był to bodziec na tyle atrakcyjny, by skłonić 2,7 milionów ubezpieczonych w AOK (podstawowa forma kas terytorialnych) do ich opuszczenia, co stanowiło ponad 12% liczby ubezpieczonych oraz 3,2 miliona ubezpieczonych do przystąpienia do BKK (kas branżowych), co stanowiło ponad 60% wzrostu ich stanu posiadania. Wstępne oceny pozwalały sądzić, że w ciągu roku od 3% do 5% ubezpieczonych zmieniało kasę. Stało się to istotnym sygnałem na temat preferencji pacjentów. Trudno jednak orzekać, w jaki sposób sygnał adresowany do płatnika był przekładany na sygnały odbierane przez świadczeniodawców. Oczekiwano, że silniejsze – także dzięki wygranej konkurencji – kasy będą

---

<sup>61</sup> M. Pfaff, D. Wassener, *Germany*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:907–914.

<sup>62</sup> L.D. Brown, V.E. Amelung, *Manacled Competition: Market Reforms in German Health Care*, Health Affairs, 18(3), 1999:76–94.

<sup>63</sup> S. Gres, P. Groenewegen, J. Kressens, B. Braun, J. Wasem, *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, Health Policy, 60, 2002:235–254.

umiały stosować bodźce zachęcające świadczeniodawców do lepszej pracy. W tym jednak miejscu wprowadzony mechanizm zawiódł.

### ***Częściowy odwrót od rynku***

W 1998 roku nowy rząd socjaldemokratów i zielonych przedstawił propozycje zmian, wśród których poczesne miejsce zajmowało odwołanie większości rozstrzygnięć wprowadzonych przez poprzedników. Wszystkie wymienione wyżej decyzje, które zostały opatrzone znakiem (\*) zostały uchylone i system powrócił – przynajmniej częściowo – do zasad, na których się tradycyjnie opierał. Zmieniło się też znacząco słownictwo stosowane w opisie działania systemu i kolejnych reform, jakim miał być poddawany. W miejsce terminologii rynkowej powróciło znaczenie przypisywane idei solidarności.

W 2000 roku weszły w życie nowe mechanizmy, nastawione głównie na trzy cele. Po pierwsze, starano się realizować zasadę przestrzegania dobrej relacji koszt–efekt procedur medycznych i leków dostępnych w systemie publicznym. Te działania, które nie spełniałyby wymogu efektywności w wystarczającym stopniu, miały być z katalogu dostępnych świadczeń eliminowane. Miało to doprowadzić, m.in., do konstrukcji nowych, pozytywnych list leków. Po drugie, zamierzano poprawiać współpracę między lekarzami ogólnymi, specjalistami a szpitalami. Chodziło głównie o przezwyciężanie ostrej bariery między sektorem ambulatoryjnym i szpitalnym. Miały w tym pomóc umowy zawierane z grupą świadczeniodawców, oferujących obydwa rodzaje świadczeń. Zamierzano też promować, za pomocą specjalnych premii, pełnienie przez lekarza pierwszego kontaktu roli *gate-keepera*. Zamierzano w szerszym zakresie stosować budżety globalne, obejmujące wszystkie wydatki kas chorych i nieprzekraczające wielkości przychodów pochodzących ze składek. Projektowano też zmianę systemu finansowania szpitali tak, aby zredukować możliwość podwójnego finansowania przez kasy (koszty bieżące) i przez landy (rozwój i inwestycje).

W 2002 roku rząd socjaldemokratów i zielonych, po potwierdzeniu mandatu w wyborach parlamentarnych, przedstawił propozycje, mające prowadzić do nowej fazy „strukturalnej reformy”<sup>64</sup>. Głównym bodźcem podjęcia tej inicjatywy były rosnące wydatki i groźba powiększania się deficytu finansowego. Propozycja zawierała kilka rozwiązań doraźnych: podniesienie limitu dochodów pozwalającego na wystąpienie z obowiązkowego ubezpieczenia (obecność osób o wyższych zarobkach w kasach publicznych – od 60 do 750 tys. ubezpieczonych – podniosłaby ich przychody), zamrożenie stawek za świadczenia, pokrywanych przez kasy chorych, zwiększenia upustów przy opłatach płaconych przez kasy chorych za leki, zmniejszenie finansowania niektórych świadczeń dentystycznych, zamrożenie wysokości składek, obniżenie o połowę zasiłków pogrzebowych. W pakiecie propozycji znalazły się również zmiany, które mia-

---

<sup>64</sup> M. Worz, R. Busse, *Structural reforms for Germany's health care system?*, Euro Observer, 4(4), 2002.

łyby wywierać skutki bardziej długofalowe. Wśród nich znalazła się propozycja umożliwienia szpitalom udzielania świadczeń ambulatoryjnych w ramach umów zawieranych z kasami. Miał to być jeden z elementów rozwijanej idei budowania zintegrowanych systemów opieki sprawowanej nad pacjentami cierpiącymi na niektóre choroby przewlekłe. Koordynacja opieki miałaby obejmować lekarzy ogólnych, specjalistów, szpitale, centra rehabilitacyjne i inne współpracujące podmioty. Podkreślono znaczenie działań zapobiegawczych i ogłoszono uruchomienie programu badań mammograficznych oraz otwarcie wielospecjalistycznych ośrodków walki z rakiem piersi. Podjęto zaniedbywany problem praw pacjenta, zapowiedziano wydanie Karty Praw i uruchomienie stanowiska reprezentanta pacjentów, działającego na szczeblu federalnym, na zasadach analogicznych do istniejącego urzędu zajmującego się sprawami ludzi niepełnosprawnych. Zapowiedziano też liczne działania służące podnoszeniu jakości: utworzenie krajowego centrum jakości medycznej, rozwój protokołów postępowania medycznego, opartych na dowodach (*evidence based*), wcielanie w życie programów wspartych na zasadzie „*disease management*”.

#### 2.2.4. Nowa Zelandia

Nowa Zelandia uchodzi za jeden z krajów posiadających najdłuższą tradycję publicznej odpowiedzialności za zdrowie. System oparty na brytyjskich wzorach wydawał się funkcjonować zupełnie dobrze, ale pod koniec lat 80. dojrzała idea zmiany tej sytuacji<sup>65</sup>.

##### *Pierwszy projekt*

Propozycja, a następnie projekt reformy został przygotowany przez wąskie grupy ekspertów, na zamówienie polityczne, wyrażane najpierw przez rządy labourzystowskie, jak i później także przez rządy konserwatywne<sup>66</sup>. Prace prowadzone były bez konsultacji czy to z przedstawicielami społeczeństwa, czy to reprezentantami środowisk medycznych<sup>67</sup>. Kierunek prac był zgodny z panującymi wówczas w środowiskach politycznych nastrojami neoliberalnymi.

W 1991 roku został opublikowany rządowy dokument „Twoje zdrowie i zdrowie publiczne”, w którym przedstawione zostały podstawowe idee szerszego stosowania mechanizmów rynkowych, który dotychczas funkcjonował przy ścisłym stosowaniu – podobnie jak w brytyjskim NHS – zasady solidarności i służby<sup>68</sup>. W dokumencie zostały wykorzystane wcześniejsze opracowania,

---

<sup>65</sup> *Health Care Systems in Transition. New Zealand*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.

<sup>66</sup> C.D. Scott, *Reform of the New Zealand health care system*, Health Policy, 29, 1994:25–40.

<sup>67</sup> G. Mooney, G. Salmond, *A reflection on the New Zealand health care reform*, Health Policy, 29, 1994:173–182.

<sup>68</sup> M. Laugesen, G. Salmond, *New Zealand health care reform: a background*, Health Policy, 1994:11–23.



w których zalecano zwiększenie konkurencji w sektorze, celem poprawy jego efektywności. W projekcie zaproponowano następujące zmiany<sup>69</sup>:

- rozdział płatnika i świadczeniodawcy, przy zachowaniu zasady publicznej odpowiedzialności za finansowanie świadczeń;
- powołanie czterech Regionalnych Zarządów Zdrowia (*Regional Health Authority*) jako płatników kontraktujących i finansujących świadczenia zdrowotne;
- zniesienie dotychczasowych obszarów organizowania opieki zdrowotnej i utworzenie samodzielnych instytucji odpowiedzialnych za produkcję świadczeń zdrowotnych;
- powołanie Planów Opieki Zdrowotnej, jako alternatywnego wobec Regionalnych Zarządów Zdrowia płatników i dopuszczenie możliwości przejęcia przez nie finansowania opieki dla wszystkich, którzy podejmą decyzję o wystąpieniu z systemu publicznego finansowania;
- powołanie grupy doradczej przy ministrze zdrowia, której celem było opracowanie zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka);
- opracowanie zasad ustalania uzupełniających opłat wnoszonych przez pacjentów.

W 1993 roku została uchwalona ustawa o zdrowiu i niesprawności (*Health and Disability Act*), która wprowadzała przedstawione wyżej zasady. Powołano 23 Przedsiębiorstwa Zdrowotne (*Crown Health Enterprises*), jako publiczne instytucje produkujące świadczenia i pozyskujące środki finansowe za pośrednictwem kontraktów zawieranych w warunkach konkurencji o środki pozostające w dyspozycji Regionalnych Zarządów. Powołano odrębne ministerstwo nadzorujące i koordynujące ich działalność, zaś na szczeblu centralnym Komisję Zdrowia Publicznego, odpowiedzialną za koordynowanie działań w tym zakresie i zakup niezbędnych świadczeń. Komisja ta została zlikwidowana w 1995 roku, kiedy okazało się, że jej działania dublują obszary kompetencji innych agend rządowych. Środki finansowe, którymi dysponowała Komisja zostały przekazane władzom regionów. Od początku zrezygnowano natomiast z systemu dodatkowych opłat wnoszonych przez pacjentów, a powołanie do życia planów umożliwiających finansowanie poza systemem publicznym zostało odłożone i nigdy do niego nie powrócono. W uzupełnieniu wprowadzonych rozstrzygnięć rok później zostało powołane stanowisko rzecznika pacjentów, a dwa lata później przyjęty został lekarski kodeks deontologiczny, który stał się narzędziem jego pracy<sup>70</sup>.

Zapewne to mentalne nieprzygotowanie było przyczyną słabego podejmowania przez poszczególne podmioty oczekiwanych od nich ról aktywnych uczestników działań rynkowych. I tak przedsiębiorstwa zdrowotne, od których oczekiwano maksymalizacji efektu finansowego pozostawały instytucjami zorientowanymi na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców swoich ob-

---

<sup>69</sup> C.D. Scott, *Reform of the New Zealand health care system*, Health Policy, 29, 1994:25–40.

<sup>70</sup> R. Paterson, *The Patients' Complaints System in New Zealand*, Health Affairs, 21(3), 2002:70–79.

szarów<sup>71</sup>. Podporządkowanie ich odrębnemu Ministerstwu Przedsiębiorstw Zdrowotnych nie zmieniło ich orientacji. Podobnie Rady Regionów Zdrowotnych, które powinny działać jako nabywcy świadczeń, wybierający oferty najbardziej atrakcyjne ekonomicznie, nadal identyfikowały się z jednostkami działającymi na terenie ich regionu. Ich związek z Ministerstwem Zdrowia nie prowadził do powstania koalicji instytucji realizujących cele reformy. Jak napisała jedna z autorek: „płatnicy byli dostatecznie silni (by podejmować niepopularne decyzje), a otoczenie było zdominowane przez działania polityczne”<sup>72</sup>. W konsekwencji zdarzały się wystąpienia władz politycznych o dofinansowanie szpitali, które powinny być przeznaczone do zamknięcia.

### ***Poważne wątpliwości***

Zwycięstwo wyborcze labourzystów w 1996 roku ułatwiło zakwestionowanie prorynkowej orientacji, zgodnie z oczekiwaniami większości społeczeństwa i większości świadczeniodawców. Jednym z czynników skłaniających do zmiany orientacji było pojawienie się problemu długów. Między 1993 i 1999 rokiem wystąpił blisko 40% wzrost zadłużenia sektora szpitalnego<sup>73</sup>. Można sądzić, że jedną z przyczyn był brak bodźców zachęcających do efektywności w systemie stosującym pozorną konkurencję.

Nowy rząd koalicyjny przedstawił, a następnie wprowadził w życie, zmiany dotychczasowego kierunku reformy. Dotyczyło to następujących spraw<sup>74</sup>:

- wprowadzenie jednej instytucji finansującej (*Health Funding Authority*), w miejsce czterech dotychczasowych funduszy, ale z zachowaniem jej odrębności;
- przekształcenie Przedsiębiorstw Zdrowotnych w działające na zasadzie non-profit Służby Szpitalne i Zdrowotne (*Hospital and Health Services*) oraz likwidacja odrębnego ministerstwa zajmującego się ich zarządzaniem (kompetencje przejęło Ministerstwo Zdrowia);
- usunięcie zysku jako celu działania publicznych szpitali.

Ponadto postulowano zawieranie umów na dłuższe okresy, osłabienie formalnych wymogów stawianych przy zawieraniu umów, z większym naciskiem na uzyskiwanie porozumienia, a także położenie znacznego nacisku na efekty zdrowotne w całej działalności sektora i większą przejrzystość w procesie przygotowywania i zawierania umów.

W 1998 roku wprowadzono zasady ustalania priorytetów w przyjmowaniu pacjentów do szpitali celem wykonania nienaglących zabiegów (dla wybranych

---

<sup>71</sup> L. Malcolm, P. Barnett, *New Zealand's health providers in an emerging market*, Health Policy, 29, 1994:85–100.

<sup>72</sup> Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Shopping for health: purchasing health services through contracts*, Health Policy, 29, 1994:61–83.

<sup>73</sup> Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Public purchasing and private priorities for health care in New Zealand*, Health Policy, 54, 2000:27–43.

<sup>74</sup> T.A. Kriebel, *New Zealand*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:925–930; Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Public purchasing and private priorities for health care in New Zealand*, Health Policy 54, 2000:27–43.

procedur). W 1999 roku podjęta została decyzja o przejęciu kontroli nad instytucją finansującą (HFA) przez Ministerstwo Zdrowia. Władze zdrowotne okręgów miały częściowo pochodzić z wyborów, zaś zasada współpracy zastąpić konkurencję między świadczeniodawcami, czemu powinien sprzyjać system zawieranych umów.

### ***Rezygnacja z rynku***

W 2000 roku uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym i niesprawnościach, która znosiła większość rozwiązań wprowadzonych w poprzednich etapach reformy i przywracała zasadę publicznej odpowiedzialności za organizowanie sektora zdrowotnego<sup>75</sup>. Zgodnie z deklaracją władz ustawa miała służyć realizacji trzech celów:

- likwidacja wprowadzonego wcześniej modelu opieki zdrowotnej opartego na zasadach rynkowych i konkurencyjnych oraz zastąpienie go modelem budowanym na zasadzie współdziałania i współpracy (*co-operative and collaborative approach*);

- wprowadzenie nowych rozwiązań organizacyjnych, które wzmocniłyby rolę aktywności podejmowanych przez lokalną społeczność w działaniach służących zdrowiu i jego ochrony oraz wzmocnienia uwagi poświęcanej zdrowiu w lokalnych procesach decyzyjnych;

- stworzenie warunków do rozwijania kompleksowej strategii rozwiązywania problemów, będących przedmiotem regulacji ustawowej, aby możliwe było skuteczne koncentrowanie się na zadaniach mających priorytetowe znaczenie dla zdrowia mieszkańców Nowej Zelandii.

Dla realizacji tych celów zlikwidowano instytucję finansującą (*Health Funding Authority*) oraz Służby Szpitalne i Zdrowotne (*Hospital and Health Services*). Powołano Zdrowotne Rady Dystryktów (*District Health Authorities*), które przejęły w całości funkcje świadczeniodawców, a także – w dużej części – funkcje płatników. W ten sposób odstąpiono od jednego z nadrzędnych haseł poprzedniej fazy reformy – rozdzielenia funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Jako płatnicy, Rady – działające jako korporacje publiczne – stały się odpowiedzialne za finansowanie szpitali publicznych i innych świadczeń, pozostających wcześniej w gestii Służb Szpitalnych i Zdrowotnych. Także zadania dotyczące lokalnych potrzeb zostały ulokowane w Radach. Natomiast zadania dotyczące koordynacji przejęło Ministerstwo (było to raczej rozszerzenie funkcji już wcześniej tam realizowanych).

Nadrzędną przesłanką działania Rad miał być całościowy sposób postrzegania potrzeb zdrowotnych i organizowania działań, które miały je zaspokajać. Chodziło o to, by w polu uwagi znaleźli się wszyscy mieszkańcy, by wszystkie ich potrzeby były uwzględnione, by określić te, które powinny być zaspokajane w pierwszej kolejności, by uwzględniać wszystkie formy interwencji zdrowot-

---

<sup>75</sup> The New Zealand Public Health and Disability Bill, 2 August 2000, [www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nz](http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nz)

nych, wybierając najbardziej efektywne. Z tego punktu widzenia, odstąpienie od podziału na rolę płatnika i świadczeniodawcy miało mieć znaczenie pozytywne, podobnie jak zastąpienie konkurencji współdziałaniem.

### 2.2.5. Szwecja

W jednym z najbardziej rozbudowanych systemów opiekuńczych już od 1982 roku rady okręgów (*county councils*) były odpowiedzialne za dostęp swoich mieszkańców do opieki zdrowotnej. One też w 1988 roku powołały zespół, którego zadaniem była diagnoza sytuacji i przygotowanie propozycji usprawniających działanie opieki zdrowotnej. Od początku było to przedsięwzięcie, w którym aktywnie współdziałały różne instytucje: przedstawiciele środowisk naukowych, także zagranicznych, a również takie instytucje, jak Instytut Planowania i Racjonalizacji, Instytut Zdrowia i Spraw Społecznych i wiele innych. W czasie prac powstała imponująca dokumentacja merytoryczna<sup>76</sup>, a także raport<sup>77</sup>. Najważniejsze jednak było uzyskanie poparcia bardzo szerokiej koalicji politycznej dla stosowania mechanizmu rynkowego także w ochronie zdrowia<sup>78</sup>.

#### *Decentralizacja i eksperymenty*

Z punktu widzenia długofalowych przekształceń, najważniejszą zmianą w systemie było przyznanie lokalnym rządom na szczeblu okręgów prawa kształtowania zasad organizowania opieki zdrowotnej, zwłaszcza przy wykorzystaniu koncepcji podziału między płatnika i świadczeniodawcę oraz kontraktowania. Ponieważ każde miejscowe rozwiązanie było oceniane z punktu widzenia uzyskiwanych korzyści, a najlepsze mechanizmy miały szanse na ogólnokrajowe wdrożenie, reforma uruchomiła swoisty konkurs dobrych rozwiązań, co istotnie wzmacniało poczucie uczestniczenia w ważnych dla wszystkich procesach. Lokalne rządy stały się gospodarzami tych zmian, były więc ich przekonany zwolennikami. Sojusznikami stali się także lokalni politycy, odpowiedzialni przed swoimi wyborcami, którzy nie mogli dopuścić do zarzutu, że nie wykorzystali otwartej możliwości wprowadzenia lepszych rozwiązań dla obywateli. Chodziło przede wszystkim o tworzenie odrębnych instytucji, które pełniłyby rolę płatnika w ramach oddzielenia funkcji płatnika i świadczeniodawcy. W 1994 roku w 14 okręgach, na 26, zakup świadczeń był dokonywany przez takie instytucje, zawierające umowy ze świadczeniodawcami. W ramach zmian

---

<sup>76</sup> *Health Care and Health Care Financing in Sweden: The crisis that never was; the tensions that ever will be*, Den Svenska Sjukvården (SNS), Occasional Paper 33, Stockholm 1991; *International Review of the Swedish Health Care System*, Den Svenska Sjukvården (SNS), Occasional Paper 34, Stockholm 1991.

<sup>77</sup> *Crossroads. Future Options for Swedish Health Care*, The Federation of Swedish County Councils, Stockholm 1991.

<sup>78</sup> M.I. Harrison, J. Calltorp, *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*, *Health Policy*, 50, 2000:219–240.

wprowadzanych w całym kraju, w 1992 roku gminom (*municipalities*) przekazano odpowiedzialność za organizację opieki długoterminowej i socjalnej dla osób starszych i niepełnosprawnych<sup>79</sup>. W tym samym czasie podjęto działania zmierzające do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie: pacjenci, którzy nie uzyskali świadczenia w ciągu trzech miesięcy w „swoim” szpitalu, mieli możliwość ubiegania się o usługę u innego świadczeniodawcy i „ich” szpital był zobowiązany w tym pomóc. W 1994 roku wprowadzono możliwość wyboru lekarza rodzinnego i ułatwienia dotyczące otwierania prywatnych praktyk (osłabienie kontroli władz okręgów).

Postępująca decentralizacja prowadziła do narastania napięć. Chodziło głównie o konflikt między sprawiedliwością a efektywnością, i nakładającym się na to problemem legitymizowania systemu<sup>80</sup>. Obywatele mogli wykazać zniecierpliwienie, jeśli dokonywane reformy – w imię efektywności – doprowadziłyby do powstania sytuacji ocenianej jako niesprawiedliwa. Podważałoby to fundament działania szwedzkiej demokracji, która jest powszechnie postrzegana jako ustrój dla obywateli. Pojawiała się też sprawa konieczności utrzymania poparcia politycznego przez rządzących i dążenie – stale obecne w reformie – do rozwijania mechanizmów kontroli kosztów. W powszechnym odbiorze kontrola kosztów była równoznaczna z obniżaniem wydatków – Szwecja musiała obniżyć wydatki na zdrowie na początku lat 90. – i perspektywa powtórnej doświadczenia takiej operacji była bardzo niepopularna. Zbieg tych czynników wzmacniał obawy pacjentów, zwłaszcza w związku ze wzrostem zakresu stosowania mechanizmu rynkowego.

### ***Socjaldemokratyczna korekta***

Obawy związane z wprowadzaniem mechanizmów rynkowych stały się bodźcem zmiany podejścia do procesu reformatorskiego w związku ze zmianą polityczną, która nastąpiła w wyniku wyborów przeprowadzonych w 1994 roku. Nowy rząd socjaldemokratyczny nie miał silnej motywacji, by kontynuować prorynkowy kurs swoich poprzedników. Ujawniło się to w całej pełni w związku ze zmianami wprowadzanymi w koncepcjach organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia pacjentów istotną zmianą była korekta zasad funkcjonowania i wyboru lekarza, także prywatnego. Rozwiązanie wprowadzone zaledwie rok wcześniej prowadziło do osłabienia pozycji rady okręgu, mimo zachowania formalnej odpowiedzialności za wszystko, co wiązało się z ochroną zdrowia, a wzmocnieniu ulegał sektor prywatny i władza profesjonalistów medycznych, która – nawiasem mówiąc – nigdy nie była w Szwecji silna. W nowej sytuacji politycznej przywrócono kontrolę rad okręgów nad tworzeniem nowych praktyk, wybory dokonywane przez pacjentów ograniczono do lekarzy mają-

---

<sup>79</sup> *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 79 i n.

<sup>80</sup> F. Diderichsen, *Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden*, *Health Policy*, 32, 1995:141–153.

cych umowę z publicznym podmiotem, rekomendowano zespołową pracę na szczeblu POZ i zagwarantowano pacjentom dostęp do informacji i wpływ na decyzje medyczne. Zachowując prawo wyboru przez pacjenta, wprowadzono stałe miesięczne wynagrodzenie, które likwidowało ekonomicznie motywowane zainteresowanie pozyskiwaniem pacjentów wpisanych na listę<sup>81</sup>. Zdefiniowano też POZ jako odrębną formę organizowania opieki, co stabilizowało sytuację zawodową dużej grupy lekarzy i innych pracowników.

W 1997 roku wprowadzono obowiązek nadzoru merytorycznego nad pracą lekarzy, reguły kontroli jakości oraz zwiększono dostępność do opieki podstawowej i specjalistycznej. Ustalono, że wizyta u pielęgniarki musi być uzyskana w dniu zgłoszenia, u lekarza rodzinnego w ciągu ośmiu dni, a u specjalisty w ciągu miesiąca. W przypadkach, w których terminy te nie mogą być dotrzymane u „własnych” świadczeniodawców, pacjent może (musi) uzyskać je w innej placówce. W tym samym roku wprowadzono zasadę definiowania priorytetów wyznaczających kierunki rozwoju systemu. W 1998 roku rady okręgów przejęły odpowiedzialność za gospodarkę lekową, której zasady były rozbudowywane w następnych latach. W 1999 roku wprowadzono przepisy dotyczące przekazywania informacji na temat działań medycznych na szczebel centralny oraz rozszerzono reguły odpowiedzialności rad okręgów za przestrzeganie praw pacjentów.

### *Tymczasowa ocena efektów*

Ocena sektora zdrowotnego, jaki wyłonił się ze zmian reformatorskich, nie jest jednoznaczna. W niektórych opracowaniach można znaleźć opinię, że został odzyskany stan względnej równowagi, przy akceptowaniu zasad państwa opiekuńczego, ponoszącego odpowiedzialność za dostęp obywateli do świadczeń, choć nie na tak wysokim poziomie finansowania, jak to miało miejsce w przeszłości<sup>82</sup>. Zdecentralizowany system nadal był przejrzysty i dawał możliwości udziału obywateli w decyzjach, a możliwość wyboru i przestrzeganie praw pacjenta czyniło sektor zdrowotny nadal atrakcyjnym. W literaturze można jednak spotkać inne opinie. Próby prywatyzacji, zainicjowane na początku lat 90. nie pozostały bez szkodliwego wpływu na późniejszą sytuację i to zarówno po stronie finansowania, jak i produkcji usług<sup>83</sup>. W ciągu dziesięciu lat reform prywatne finansowanie wzrosło o połowę (do blisko 16%), udział prywatnych łóżek zwiększył się blisko czterokrotnie (do 22%). Jednocześnie drastycznie zmniejszyła się liczba pracowników zdrowotnych, zwłaszcza pielęgniarek, co przy blisko trzykrotnym wzroście obłożenia łóżek spowodowało bardzo znaczny wzrost obciążenia pracą. W efekcie wzrosła presja sektora prywatnego na wzrost udziału

---

<sup>81</sup> M.I. Harrison, J. Calltorp, *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*, Health Policy, 50, 2000:219–240.

<sup>82</sup> *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.

<sup>83</sup> F. Diderichsen, *Sweden*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:931–935.

lu w otrzymywanych środkach finansowych (bezpośrednie dopłaty, rozwój prywatnych ubezpieczeń), narastał kryzys moralny wewnątrz sektora, w którym pracownicy dostrzegają rosnące obciążenia publiczne, nierekompensowane ani materialnie, ani psychologicznie, osłabła pozycja rad okręgów wobec sektora prywatnego, dążącego do rozszerzenia swoich wpływów. Zdaniem powołanego autora sytuacja ta stanowi niebezpieczeństwo dla koncepcji państwa opiekuńczego, które – już się wydawało – wyszło obronną ręką z kryzysu lat 90.

### 2.2.6. USA

W bogatym i uchodzącym za rozrzutny systemie amerykańskim, jako główny problem traktowano zwykle rosnące w niekontrolowany sposób wydatki, a jednocześnie utrzymującą się sytuację braku dostępu do świadczeń zdrowotnych licznej grupy obywateli. Mimo wielu prób, problemów tych nigdy w przeszłości nie udało się rozwiązać. Także stan zdrowia oceniano jako niezadowalający, zwłaszcza w porównaniu z wydatkami.

#### *Propozycje reform*

Na początku 1992 roku administracja G. Busha przedstawiła pakiet zmian ustawowych, w którym problem osób nieposiadających uprawnień do świadczeń miano rozwiązać przez wprowadzenie systemów ulg podatkowych i kredytów, umożliwiających zakup polis ubezpieczeniowych w prywatnych firmach<sup>84</sup>. Po stronie organizacyjnej proponowano rozszerzanie zakresu stosowania opieki zarządzanej.

W tym samym mniej więcej czasie została opublikowana propozycja sygnowana przez nieformalny wpływowy zespół The Jackson Hole Group, którego nadrzędnym celem było powołanie do życia „uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego, działającego na zdecentralizowanym rynku, na którym bodźce byłyby kreowane przez odpowiedzialne i świadome wybory dokonywane przez jednostki”<sup>85</sup>.

Po kampanii prezydenckiej, w której sprawy reformy zdrowotnej odegrały bardzo dużą rolę, w październiku 1993 roku W. Clinton przedstawił prezydencki Raport, w którym zdefiniowano nadrzędny cel reformy – powszechny dostęp, który miał być realizowany poprzez wcielanie w życie następujących sześciu zasad: bezpieczeństwa, prostoty, oszczędności, jakości, prawa wyboru i odpowiedzialności<sup>86</sup>. Miały to być założenia fundamentalnego aktu prawnego –

---

<sup>84</sup> *U.S. health care at the cross-roads*, Health Policy Studies, No.1, OECD, Paris 1992.

<sup>85</sup> P.M. Ellwood, A.C. Enthoven, L. Etheredge, *The Jackson Hole Initiative for a Twenty-First Century American Health Care System*, Health Economics, 1, 1992:149–168; nazwa grupy pochodziła od nazwy miejscowości, w której mieścił się dom należący do Paula Ellwooda, gdzie odbywały się nieformalne spotkania nieformalnego zespołu.

<sup>86</sup> *Health Security, The President's Report to the American People*, The White House Domestic Policy Council, Washington D.C., October 1993.

ustawy o bezpieczeństwie zdrowotnym. Zgodnie z zasadą bezpieczeństwa, wszyscy Amerykanie mieli otrzymać gwarancję dostępu do kompleksowego pakietu świadczeń obejmującego usługi zapobiegawcze i leki recepturowe. Zakazane byłyby praktyki szkodzące ubezpieczonym i małym pracodawcom, takie jak odmowa ubezpieczenia, ustalanie limitu trwania ubezpieczenia dla osób poważnie chorych, nieproporcjonalnie duże obciążenia osób starszych i bardziej chorych. Wprowadzone miały być pułapy wzrostu składek i maksymalnych wydatków na zdrowie ponoszonych przez gospodarstwa domowe. Zwrócono uwagę na jakość opieki, zwłaszcza na terenach wiejskich i w zaniedbanych suburbiach. Stosując zasadę prostoty, zamierzano wyeliminować liczne i skomplikowane procedury i wprowadzenie standaryzowanego postępowania. Oszczędności chciano uzyskać dzięki coraz szerszemu stosowaniu konkurencji między różnymi planami zdrowotnymi, które jednak nie będą poprawiały swojej pozycji poprzez pozbywanie się „złych ryzyk”. Wspierać się będzie „porozumienia zdrowotne” (*health alliances*), ułatwiające kontrolę kosztów i ich wzrostu oraz obniżanie kosztów administracyjnych – dzięki wewnętrznej współpracy. Porozumienia będą ściągać nadużycia po stronie świadczeniodawców (pobieranie zawyżonych składek lub opłat) i pacjentów (nadużywanie uprawnień). Realizacji zasady jakości miał służyć rozwój systemów informacji o procedurach i najnowszych technologiach, udostępnianych świadczeniodawcom. Będą także podejmowane inwestycje publiczne w badania nowych procedur medycznych, a szczególna uwaga zostanie poświęcona prewencji i opiece podstawowej. Zasada wyboru miała być realizowana na kilka sposobów. Po pierwsze, wybór lekarza i jego zespołu miał być możliwy zawsze, niezależnie od rodzaju ubezpieczenia. Po drugie, każdy mógłby wybierać preferowany plan (płatnika), co najmniej spośród trzech ofert i niezależnie od wyborów dokonywanych przez pracodawcę. Po trzecie, każda osoba starsza lub wymagająca świadczeń opiekuńczych mogłaby wybrać między opieką w instytucji a opieką sprawowaną w domu. Realizując zasadę odpowiedzialności, powinno się zachęcać pozostające w konflikcie strony – pacjentów i lekarzy – do ich rozwiązywania poza procesem sądowym, a firmy farmaceutyczne do utrzymywania niskich cen. Ponadto, wszystkich wypracowujących dochód zachęcono do wnoszenia opłat na sektor zdrowotny, co wiązałoby się z odpisami podatkowymi, ale głównym motywem powinno być poczucie wspólnie ponoszonej odpowiedzialności. Wszystkie te zasady miały posłużyć jako wytyczne przygotowywanego aktu prawnego – ustawy o bezpieczeństwie zdrowotnym.

### ***Reakcja na propozycję Clintona***

W debacie, która rozpoczęła się po przedstawieniu propozycji, zwracano uwagę, że konkurencja i opieka zarządzania były traktowane jako narzędzia



kontroli kosztu, co było kojarzone z redukcją wydatków<sup>87</sup>. W miarę trwania dyskusji uwaga opinii publicznej przesuwiała się na problem pokrycia wydatków na opiekę dla ludzi o niskich poziomach dochodów, którzy mieli otrzymać gwarancję dostępu do świadczeń. Niepokoiili się przedsiębiorcy, którzy lękali się wzrostu obciążeń. Także wśród ludzi starszych powstawała obawa, że w wyścigu o ograniczone środki przeznaczone na finansowanie publicznych programów emeryci mogliby znaleźć się w słabszej niż poprzednio pozycji<sup>88</sup>. Ogół tych czynników sprawił, że poparcie dla propozycji malało, co ostatecznie doprowadziło prezydenta do wycofania się z projektu.

Wielu badaczy wskazywało, że kulturowy klimat USA nie sprzyjał wdrażaniu dużej reformy, takiej jak reforma zdrowotna, w której wzmacniana byłaby rola rządu federalnego<sup>89</sup>. Tradycyjnie, obywatele nie mają zaufania do rządu w Waszyngtonie. Są przywiązani do samodzielnie dokonywanych wyborów, co jest traktowane jako wartość. Dotyczy to wszystkich dziedzin życia, ale i w ochronie zdrowia badania ujawniały, że swoboda wyboru jest oceniana na „9” w dziesięciostopniowej skali preferowanych wartości<sup>90</sup>. Łączy się z tym skrajnie negatywny stosunek do podatków i tworzenia publicznych funduszy. Amerykanie są przekonani, że dysponent publicznych pieniędzy zawsze rozdysponuje je w sposób rozrzutny i mało efektywny, stąd uwaga poświęcana mechanizmom zapewniającym stałą kontrolę różnych dziedzin życia szerokich kręgów obywateli. Siła społeczeństwa obywatelskiego to jeden z czynników tradycyjnie wiązany z amerykańską kulturą polityczną.

### *Interpretacje*

Przywołując hipotezę instytucjonalną, trzeba pamiętać o bardzo dużej złożoności układów politycznych, w których realizowany był proces reformatorski. Na występujące działania rządu federalnego nakładały się aktywności rządów poszczególnych stanów, które niejednokrotnie promują inicjatywy niemożliwe do realizacji w ramach całego kraju<sup>91</sup>. Bardzo silne były środowiska naukowe. Istotną rolę odgrywały organizacje reprezentujące różnych udziałowców systemu, z najbardziej znanym American Medical Association. Charakterystyczne było samodzielne występowanie organizacji społecznych, stawiających sobie za

---

<sup>87</sup> Ph. Lee, *Debating the Role of Government: A US Perspective* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:75–82.

<sup>88</sup> T. Marmor, J. Oberlander, *Review Essay. Political analysis and the welfare state: Can we learn from history?* *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 1995:211–225.

<sup>89</sup> T.R. Marmor, D. Boyum, *American Medical Reform: Are We Doomed to Fail?* [w:] T.R. Marmor, *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, New Haven & London 1994:123–145.

<sup>90</sup> D. Cochrane, *Managed Care at the Crossroads* [w:] D. Cochrane, S. Aliotta, D. Colin-Thome, M. Conroy, R. Larsen, R. Lewis, *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:7–27, s. 21.

<sup>91</sup> L.D. Brown, M.S. Sparer, *Window Shopping: State Health Reform Politics in the 1990s*, *Health Affairs*, 20(1), 2001:50–67.

cel realizację celów uznanych za publicznie korzystne, takie jak wypowiadające się za rozszerzeniem uprawnień ubezpieczeniowych Families USA lub Health Insurance Association of America<sup>92</sup>. Mogły być to jednak również cele partykularne.

Kiedy wykorzystano omawianą hipotezę do analizy przyczyn klęski reformy Clintona, wskazano co najmniej sześć charakterystyk amerykańskich instytucji – i ich działań – które przyczyniły się do negatywnego finału procesu<sup>93</sup>:

- znaczne rozproszenie władzy w większości instytucji amerykańskiego establishmentu politycznego<sup>94</sup>. Stosując wprowadzoną wcześniej terminologię można twierdzić, że funkcjonujące wcześniej „żelazne trójkąty”, grupujące elity polityczne, administracyjne i grupy nacisku, zostały zastąpione znacznie luźniejszymi i mniej skutecznymi „porozumieniami problemowymi”;

- reforma była przygotowywana, kiedy procesy decyzyjne na szczeblu administracji federalnej zostały podporządkowane – czy opanowane – przez działających w nowym stylu członków „wspólnoty politycznej”, bardziej zainteresowanych grą polityczną, niż merytorycznym efektem;

- niekorzystne dla partii prezydenckiej reguły głosowania w Kongresie i w Senacie ułatwiające blokowanie obrad;

- niechęć opinii publicznej do oddania rządowi federalnemu kontroli nad znaczną częścią finansów przekazywanych na zdrowie;

- kongresmani i senatorzy zostali wystawieni na bardzo silną presję przeciwników reformy, którzy byli gotowi inwestować pieniądze w akcję mającą na celu obalenie projektu<sup>95</sup>;

- rola odgrywana przez media. Zarówno telewizja, jak i prasa były bardzo intensywnie wykorzystywane przez przeciwników reformy. Łatwość wykorzystania mediów była następstwem ich komercjalizacji, ponieważ za krytyką reformy szły pieniądze.

Kumulacja negatywnych czynników przesądziła o klęsce reformy. Okazało się, że w zastanych warunkach instytucjonalnych – i przy braku dostatecznie silnych grup zainteresowanych reformą – przeprowadzenie wielkiej zmiany nie jest możliwe. Biorąc pod uwagę trwałość instytucji, badacze wyciągali wniosek, że przyszłość takiej zmiany rysuje się w ciemnych barwach.

---

<sup>92</sup> C.N. Kahn, R.F. Pollack, *Building a Consensus for Expanding Health Coverage*, Health Affairs, 20(1), 2001:40–48.

<sup>93</sup> S. Steinmo, J. Watts, *It's the Institution, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20(2), Summer 1995:329–372.

<sup>94</sup> Jak napisali C. Kahn i R. Pollack: „Dzisiaj ani Demokraci, ani Republikanie, nie sprawują rzeczywistej kontroli nad Kongresem, niezależnie od tego, która partia ma aktualnie większość”. C.N. Kahn, R.F. Pollack, *Building a Consensus for Expanding Health Coverage*, Health Affairs, 20(1), 2001:40–48, s. 41.

<sup>95</sup> Badacze szacowali, że firmy ubezpieczeniowe i instytucje zdrowotne wydały ponad 100 mln, z tego 40 mln na kampanie wyborcze, a pozostałą część na ogłoszenia i lobbying. Wśród sponsorów były firmy ubezpieczeniowe, mali przedsiębiorcy, a także AMA.

## *Opieka zarządzana*

Większość badaczy uważa, że czynnikiem, który wywarł największy wpływ na przekształcenia amerykańskiej opieki zdrowotnej był rozwój instytucji opieki zarządzanej. Stały się one najbardziej reprezentatywną formułą stosowania mechanizmu rynkowej konkurencji (zarządzanej konkurencji), będąc próbą kompromisu między zasadą wyboru świadczeniodawcy – fakt, że ograniczoną – a dążeniem do uzyskania poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego (możliwie dużego zakresu świadczeń) za rozsądną cenę. W końcu 1999 roku z tej formy opieki korzystało około 170 milionów Amerykanów<sup>96</sup>.

Zdaniem V. Rodvina, do rozwoju opieki zarządzanej przyczyniły się cztery czynniki pochodzące z dociekań naukowych: wyniki badań ujawniające trudne do jednoznacznego wyjaśnienia różnice stylu praktyki, wyniki badań dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych prowadzonych przez RAND Corporation, koncepcja ekonomii skali, koncepcja całościowej kontroli jakości<sup>97</sup>. Wszystkie one dawały podstawy uruchomienia działań podnoszących efektywność opieki zdrowotnej dzięki usprawnieniom wprowadzanym na poziomie mikro, bez oczekiwania na przebudowę całego systemu.

Z prowadzonych przez lata analiz wynikało, że opieka zarządzana uzyskiwała lepsze efekty – rzadsze i krótsze hospitalizacje<sup>98</sup> – a także niższe wydatki na ubezpieczonego<sup>99</sup>. Jednak w ostatnich latach mnożyły się głosy krytyczne. Uznawano jej ekonomiczne sukcesy, ale podejrzliwie traktowano możliwości dalszego rozwoju ze względu na utratę atrakcyjności w oczach zainteresowanych podmiotów<sup>100</sup>. Jednym z nich byli duzi pracodawcy, którzy oferowali ubezpieczenie zdrowotne swoim pracownikom jako dodatkowy składnik wynagrodzenia. Polisy HMO były atrakcyjne, bo oferowały stosunkowo duży pakiet świadczeń za stosunkowo niską cenę. Z czasem jednak cena stawała się mniej atrakcyjna, a jednocześnie pojawiał się na nowo problem ograniczeń w wyborze świadczeniodawcy, czy nawet szerzej – wyboru w opiece zdrowotnej w ogóle. Dla pacjentów kłopotliwe były sposoby podejmowania decyzji w tych instytucjach, zwłaszcza te prowadzące do ograniczania wyboru i dostępu, w których

---

<sup>96</sup> J. Firshein, L.G. Sandy, *The Changing Approach to Managed Care* [w:] S.I. Isaacs, J.R. Knickman, *To Improve Health and Health Care 2001. The Robert Wood Johnson Anthology*, Jossey-Bass. A Wiley Company, San Francisco 2001:77–99.

<sup>97</sup> V.G. Rodwin, *Managed Care in the US: Lessons for French Health Policy* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:39–58.

<sup>98</sup> D. Cochrane, *Managed Care at the Crossroads* [w:] D. Cochrane, S. Aliotta, D. Colin-Thome, M. Conroy, R. Larsen, R. Lewis, *Managed care and modernization. A practitioner's guide*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:7–27.

<sup>99</sup> S.H. Altman, *The Impact of Changing Government and Private Hospital and Physician Payment Methods in the US Health Care System* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:121–132, s. 129.

<sup>100</sup> J. Robinson, *The End of Managed Care*, *Journal of American medical Association*, 285(20), 2001:2622–2628.

istniały niejawne procedury i niejasne kryteria. Negatywne emocje pacjentów były potęgowane mało skrywaną niechęcią dużej części świadczeniodawców, którzy uczestniczyli w planach opieki zarządzanej ze względu na ograniczenia na medycznym rynku pracy, a także informacjami o nadzwyczajnych dochodach i zyskach kadry kierowniczej i inwestorów. Nie bez znaczenia był też obraz HMO jako instytucji biurokratycznych, z czym wiązały się wszystkie stereotypy związane z takimi strukturami, trudnymi do zaakceptowania zwłaszcza w opiece zdrowotnej. Dostrzegając głosy krytyczne, warto jednak postawić pytanie o wpływ ekonomicznego powodzenia lat 90. na odrzucanie opieki zarządzanej: w czasach prosperity myśli się o poprawieniu także tego, co jest dobre. Jest prawdopodobne, że dłużej trwająca recesja doprowadziłaby do przewartościowania krytyki i uznania przydatności opieki zarządzanej w trudnych gospodarczo czasach.

### ***Sprawy zdrowia publicznego***

Rząd amerykański tradycyjnie był zainteresowany sprawami zdrowia publicznego, a jego departament często odgrywał rolę inicjatora różnych przedsięwzięć. W 2000 roku sfinalizowano prace prowadzące do przyjęcia dokumentu „Zdrowi Ludzie 2010” (*Healthy People 2010*), o którym była już mowa w poprzednim rozdziale. Podkreślić należy, że dokument był efektem bardzo intensywnego i szeroko prowadzonego procesu, w którym uczestniczyli profesjonaliści medyczni i reprezentanci licznych dyscyplin naukowych, związani z czołowymi ośrodkami naukowymi kraju, prywatne organizacje zawodowe i badawcze, instytucje publiczne i agendy rządowe z całego kraju. Także zwykli obywatele, którzy występowali jako respondenci w licznych badaniach przedsiębiornych celem ustalenia nieznanych wcześniej faktów, albo jako osoby przedstawiające opinie w wybranych sprawach. W czasie prac dokonano starannej priorytetyzacji zadań, z pełną świadomością rezygnując z takich, których realizację uznano za nierealną. Warto podkreślić, że środowiska naukowe uczestniczące w przedsięwzięciu musiały zmobilizować się do działań, które nie przynosiły bezpośrednich profitów, cenionych w środowisku akademickim, takich jak prestiżowe, autorskie publikacje. Przygotowanie programu – kolejnego – pozwalającego koordynować różne przedsięwzięcia z zakresu zdrowia publicznego w trudno sterowalnym systemie amerykańskim – i to mimo niechęci wobec inicjatyw rządowych – było utrwaleniem nowych mechanizmów decyzyjnych w sektorze zdrowotnym.

#### ***2.2.7. Wielka Brytania***

Brytyjska Narodowa Służba Zdrowia przez lata była traktowana jako wzorcowe rozwiązanie, w którym powszechną dostępność, gwarantowaną przez państwo, łączy się z organizacyjną sprawnością scentralizowanego systemu. Z czasem jednak reputacja NHS uległa erozji i rozpoczęły się poszukiwania lepszych

rozwiązań. Niektóre z nich stały się wzorcem i źródłem inspiracji wielu zmian przeprowadzanych w innych krajach.

### *Projekt reformy*

W Wielkiej Brytanii w 1988 roku rząd kierowany przez M. Thacher ogłosił zamiar przeprowadzenia reformy opieki zdrowotnej, a w styczniu następnego roku został opublikowany dokument „Working for Patients”, w którym zapowiadano wprowadzenie rynku wewnętrznego, podział zadań między płatnikami i świadczeniodawcami, usamodzielnienie szpitali, jako niezależnych świadczeniodawców (*trust*), przekazanie budżetów dużym praktykom lekarza rodzinnego (*fundholding*) oraz wprowadzenia Karty Praw Pacjenta<sup>101</sup>. Usamodzielnienie świadczeniodawców miało być dobrowolne. Pod koniec roku został opublikowany projekt ustawy, zaaprobowany rok później, który wszedł w życie 1 kwietnia 1991 roku. W kolejnych falach zmian usamodzielniono prawie wszystkie szpitale i ponad połowę praktyk<sup>102</sup>. Wkrótce opublikowano dokument „The Health of the Nation”, w którym sformułowano listę priorytetów zdrowotnych i program szeroko zakrojonych działań. W 1993 roku rząd opublikował program zmian w strukturach administracyjnych NHS, który – mimo szerokiego zakresu – nie był nazwany reformą. Rok później uproszczono strukturę władz NHS, utworzono 8 regionów zdrowotnych – w miejsce 14 – oraz zredukowano liczbę dystryktów. Opublikowano listy prezentujące ocenę efektywności instytucji NHS. W 1995 roku znowelizowano Kartę Pacjenta, wprowadzono bardziej precyzyjne zasady rozliczania praktyk dysponujących budżetem. Opublikowano dokument zapowiadający wykorzystywanie prywatnych środków finansowych na inwestycje w publicznych jednostkach. W 1996 roku zlikwidowano władze regionów zdrowotnych, a ich kompetencje przekazano centralnym władzom NHS. Działające dotychczas rozdzielnie władze dystryktu (kontraktujące usługi szpitalne) i władze kontraktujące świadczenia lekarzy rodzinnych zostały połączone. Opublikowano raport na temat obciążenia pracą administracyjną, dokument o zmianach w opiece podstawowej oraz o przyszłości NHS.

W 1997 roku nowy rząd labourzystowski ogłosił zmianę koncepcji reformy i rezygnację z rynku wewnętrznego, a zatem także ze stosowania konkurencji i *fundholdingu*. Wkrótce opublikowano dokument strategiczny „Nowa NHS: nowoczesna i niezawodna”, w którym propagowano zasadę współpracy jako fundamentalną regułę organizacyjną<sup>103</sup>. Jako nowe rozwiązania instytucjonalne w 1999 roku zaproponowano Grupy Opieki Podstawowej (*Primary Care Groups*), a następnie – w 2000 roku – Trusty Opieki Podstawowej. Instytucje te

---

<sup>101</sup> *Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.

<sup>102</sup> C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?*, King's Funds, London 2000.

<sup>103</sup> *The New National Health Service: Modern, Dependable*, Secretary of State for Health, HMSO, London, December 1997.

miały dokonywać zakupu świadczeń nienależących do opieki podstawowej dla „swojej” populacji, liczącej ok. 25 000 pacjentów. Powołano do życia kilka instytucji służących profesjonalnym wsparciem zarówno instytucjom NHS, jak i decydom. Wśród nich znalazły się: Narodowy Instytut Jakości Klinicznej (*National Institute of Clinical Excellence – NICE*), odpowiedzialny za tworzenie standardów, Komisja Poprawy Stanu Zdrowia (*Commission for Health Improvements – CHI*), nadzorująca przestrzeganie standardów, a także analizująca przypadki ich naruszania, Agencja Modernizacji (*Modernisation Agency*), ułatwiająca lekarzom i menadżerom przygotowanie projektów poprawy stanu infrastruktury, Komisja Standardów Opieki (*National Care Standards Commission*), nadzorująca przestrzeganie standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki, Instytucja Oceny Efektywności (*Performance Assessment Framework*), odpowiedzialna za monitorowanie efektywności struktur NHS (częścią zadań było przygotowanie systemu oceny jakości szpitali, w którym stosowano – jak w hotelach – układ gwiazdkowy). Uruchomiono stale dostępną linię telefoniczną, która umożliwia uzyskanie informacji o działaniu NHS oraz centra zdrowotne (*Walk-in Centres*), w których możliwe było uzyskanie porady od zatrudnionej tam pielęgniarki – niezależnie od rutynowych form opieki.

### ***Kolejki***

Jednym z trudnych problemów NHS był problem list oczekujących. Przynajmniej częściowo listy były nie tyle miarą niezaspokojonych potrzeb, co narzędziem regulowania dostępu, bardzo dolegliwym, ale przynajmniej częściowo akceptowanym przez pacjentów. Poczyniona przed wyborami (1997) obietnica skrócenia kolejek stała się faktem politycznym, tworząc pułapkę w przypadku jej niedotrzymania. Pod presją tej sytuacji rząd przeznaczył poważne środki na świadczenia, co doprowadziło do zwiększenia liczby zabiegów objętych listami oczekujących, ale same listy uległy niewielkiemu tylko skróceniu. Okazało się bowiem, że długość kolejek jest przedmiotem gier, prowadzonych przez różnych aktorów. Szpital jest zainteresowany, by prezentować siebie jako instytucję działającą pod presją dużego zapotrzebowania na swoje usługi. Ponadto, długa lista dawała dostęp do ekstra środków przeznaczanych na jej skracanie. Konsultanci w szpitalach spodziewali się, że przynajmniej część czekających pacjentów przejdzie do ich prywatnych gabinetów. Kiedy listy ulegały skróceniu lekarze rodzinni byli zachęcani do zwiększenia liczby skierowań. Wobec tych wszystkich uwarunkowań skracanie list nie było sprawą prostą i deklaracja Premiera z 2000 roku, że czas oczekiwania nie powinien przekraczać 6 miesięcy była trudna do dotrzymania<sup>104</sup>. Wobec braku jasnych kryteriów co do sposobu ustalania pierwszeństwa i dopuszczalnego czasu oczekiwania na zabieg długość list stawała się miarą niepowodzenia rządu, tym bardziej że badania ujawniły bardzo duże różnice międzyregionalne. Stało się oczywiste, że sprawa kolejek musi

---

<sup>104</sup> R. Klein, *The new model NHS: political and managerial dynamics*, Health Care UK, The King's Fund Review of Health Policy, Winter 2000.

być powiązana ze sprawą jakości. Standardy przedstawiane przez Narodowy Instytut zostały potraktowane jako szansa rozwiązania problemu. Aby wzmocnić bodźce sprzyjające temu wprowadzono możliwość podejmowania leczenia za granicą, na koszt NHS, jeśli czas oczekiwania na zabieg był zbyt długi.

### ***Nowy program***

Poszukiwanie nowego sposobu traktowania problemów zdrowotnych, a także wyniki ekspertyzy – Raportu Achesona<sup>105</sup>, z której wynikało, że nierówności w zdrowiu stale się utrzymują, były powodem przygotowania szerokiego programu „Ratować życie: nasz zdrowszy naród”<sup>106</sup>. Jego istotną cechą było szukanie partnerów w różnych segmentach społeczeństwa, z którymi mogłyby być zawierane specyficzne porozumienia – umowy – ustalające zasady współpracy we wspólnym realizowaniu celów zdrowotnych. Miało to dotyczyć działań nastawionych na realizację czterech celów zdrowotnych (nowotwory, choroby serca, wypadki i samobójstwa). Przyznając NHS rolę wiodącą, wychodzono z przesłanki, że bez udziału licznych instytucji spoza sektora zdrowotnego widoczne efekty nie będą mogły być osiągnięte. Ważne także było – a z punktu widzenia wartości politycznych być może ważniejsze – że w procesy decyzyjne włączano grupy społeczne i instytucje, które poprzednio znajdowały się poza kręgiem aktywnych uczestników. Można twierdzić, że – w jakimś stopniu – była to realizacja obietnic związanych z hasłem trzeciej drogi. W związku z tym, niektórzy autorzy pisali o kształtowaniu się nowego paradygmatu polityki zdrowotnej<sup>107</sup>.

### ***Nowe podejście do zarządzania***

Rząd labourzystowski miał ambicje wpisania programu przemian NHS w szerszy projekt polityczny, związany z koncepcją „trzeciej drogi”, a nie tylko przygotowania listy technicznych przekształceń, wynikających z odrzucenia idei rynku wewnętrznego. Chodziło zatem o sformułowanie nowych zasad przywództwa, które zastąpiłyby stosowany wcześniej eklektyczny zestaw narzędzi administracyjnych i rynkowych. Ich nadrzędną przesłanką miało być łączenie idei politycznej i organizacyjnej odpowiedzialności, przypisanej rządowi centralnemu, z lokalną inicjatywą moralnie motywowanych i lojalnych wobec administracji pracowników<sup>108</sup>. Przesłanka ta miała być wyrazem stosunku labourzystów do publicznego zarządzania. W stosunku do NHS została sprecyzowana

---

<sup>105</sup> *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London 1998, [www.doh.gov.uk/ih/ih.htm](http://www.doh.gov.uk/ih/ih.htm)

<sup>106</sup> *Saving Lives: Our Healthier Nation*, The Stationary Office, London, July 1999, [www.archive.official-documents.co.uk](http://www.archive.official-documents.co.uk)

<sup>107</sup> R. Klein, *The New Politics of the National Health Service*, Prentice Hall, London 2001, s. 207.

<sup>108</sup> N. Goodwin, *Leadership and the UK health service*, *Health Policy*, 51, 2000:49–60.

w dokumencie „Plan Narodowej Służby Zdrowia”<sup>109</sup>. W realizacji tego dążenia miało pomóc pięć mechanizmów: system obowiązujących w całym kraju standardów, w których określano wymogi dotyczące jakości i dostępności. Niektóre standardy były określane liczbowo, przy czym podawano wartości progowe (*benchmarking*). Realizacja standardów została poddana stałemu nadzorowi, a wyniki nadzoru stały się elementem ocen wykorzystywanych w decyzjach personalnych i organizacyjnych:

- reguły rozliczania odpowiedzialności na szczeblu lokalnym, rozróżniając wagę spraw, które były przedmiotem odpowiedzialności. Wśród nich była realizacja zadań priorytetowych i przestrzeganie standardów;

- w ocenę pracy świadczeniodawców zaczęto systematycznie włączać pacjentów i odbiorców świadczeń, także w formie regularnie przeprowadzanych badań opinii;

- wprowadzono ściślejszy związek między realizacją zadanych celów – priorytetów, standardów – a wielkością środków dostępnych wykonawcom (niekiedy w postaci wynagrodzeń, niekiedy w formie dodatkowych budżetów w instytucjach);

- wprowadzono jawne kary dyscyplinarne, stosowane w przypadku niewykonania zadań, zwłaszcza tych uznanych za priorytetowe, albo w przypadku lekceważenia standardów.

W systemie standardów, które były podstawą działania Instytucji Oceny Efektywności, przyjęto ok. 60 wskaźników, uporządkowanych w sześć grup<sup>110</sup>. Badacze zwracali uwagę, że chociaż wybrane wskaźniki odnosiły się do ważnych problemów i pozwalały mierzyć wiele istotnych aspektów funkcjonowania NHS, to jednak ich zestaw bardziej odzwierciedlał logikę administracyjną, niż zdrowotną. Szczególnie dawał się zauważyć brak powiązań z celami zdefiniowanymi w Planie NHS, co powodowało brak spójności w strukturze bodźców docierających do decydentów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu. W tej sytuacji kluczowa dla sterowania ich zachowaniami stawała się interpreta-

---

<sup>109</sup> R. Rosen, D. Florin, A. Clarke, N. Fulop, *Improving access, maintaining fairness: will the NHS Plan meet the challenge?*, Health Care UK, The King's Fund Review of Health Policy, Winter 2001:19–33.

<sup>110</sup>– stan zdrowia (miary umieralności, zachorowalności itd.);

- odpowiedni dostęp do świadczeń (np. standaryzowane miary wszczepienia protezy stawu biodrowego w wybranych grupach wiekowych);

- efektywne korzystanie z właściwych, dla danej potrzeby zdrowotnej, świadczeń (np. miara nagłych hospitalizacji pacjentów, którzy doznali wylewu w ciągu 56 dni od chwili ostatniej konsultacji lekarskiej);

- efektywność (wolumenu) świadczeń (np. odsetek przyjęć w oddziałach dziennych w stosunku do ogółu hospitalizacji);

- właściwa częstotliwość kontaktów ze służbą zdrowia (np. odsetek ogółu pacjentów opieki ambulatoryjnej konsultowanych przez specjalistów w okresie nie dłuższym niż dwa tygodnie od czasu skierowania wystawionego przez lekarza rodzinnego);

- zdrowotna skuteczność medycznych interwencji (np. standaryzowany wskaźnik umieralności po zawale serca w ciągu trzydziestu dni od wydarzenia). P.C. Smith, *Performance Management in British Health Care: Will It Deliver?*, Health Affairs, 21(3), 2002:103–116.



cja wskaźników i celów, dokonywana przez podmioty odpowiedzialne za ich monitorowanie i wdrażanie – Instytucję Oceny Efektywności oraz Komisję Poprawy Stanu Zdrowia. Pamiętać przy tym trzeba, że profesjonalne podstawy tworzenia standardów były wypracowywane w Narodowym Instytucie Jakości Klinicznej, a ich przestrzeganiem była zainteresowana także Komisja Standardów Opieki. Daje to podstawę do sformułowania dwóch wniosków. Po pierwsze, nie ulega wątpliwości, że rząd labourzystowski podjął bardzo duży wysiłek, by zbudować zaplecze instytucjonalne służące wdrażaniu i nadzorowaniu przestrzegania standardów jakości opieki, a także stosowaniu bodźców zachęcających do pracy na wysokim poziomie. Po drugie, jednak wielość ośrodków zaangażowanych w tę aktywność tworzyła system bardzo rozbudowany i prowadzący do trudności w ujednoliceniu jego postępowania. Samo ulokowanie wiodących instytucji na szczeblu centralnym i poddanie ich politycznej kontroli – być może z wyjątkiem NICE – nie gwarantowało dostatecznej spójności, ze względu na stopień merytorycznej komplikacji.

Integralną częścią nowego podejścia były próby aktywizowania lokalnych społeczności w działania dotyczące planowania aktywności prozdrowotnych. Było to powiązane z przededefiniowanym zakresem obowiązków grup i trustów opieki podstawowej<sup>111</sup>. Starano się w ten sposób przełamywać dystans i konflikt występujący między środowiskiem służby zdrowia a środowiskami lokalnymi. Zbliżenie między nimi miało być jednym z elementów konsekwentnie realizowanego celu polegającego na rozszerzaniu społecznego uczestnictwa w decyzjach, zgodnie z koncepcją trzeciej drogi.

### ***Nowa sytuacja***

Odejście od zasad konkurencji, powołanie nowych instytucji i wprowadzenie nowych zasad zarządzania doprowadziło do powstania – raczej powstawania – nowej struktury bodźców i układów interesów<sup>112</sup>. Instytucje działające na szczeblu centralnym tworzyły liczne dokumenty określające cele działania NHS i jej poszczególnych ogniw, a także metody i standardy postępowania. Podporządkowanie się przedstawianym rekomendacjom było obowiązkowe, brak dyscypliny był zagrożony negatywnymi sankcjami do utraty pracy włącznie. Jednym z adresatów tych dokumentów byli decydenci zajmujący wyższe pozycje. Byli oni poddani silnej presji, zarówno z powodu szczegółowego wyznaczania zadań, jak i z powodu podkreślania roli zewnętrznej motywacji. Jednocześnie byli zachęceni do kreatywnego działania, operowania szeroką wizją rozwoju NHS, twórczego współdziałania z pracownikami, którzy podobnej presji nie byli poddani. Tworzyło to bardzo silne napięcie, zarówno z powodu niespójnych oczekiwań, jak i wewnętrznie sprzecznych bodźców. Decydenci i menadżerowie,

---

<sup>111</sup> T. Milewa, G. Dowswell, S. Harrison, *Partnership, Power and the "New" Politics of Community Participation in British Health Care*, Social Policy & Administration, 36(7), 2002:796–809.

<sup>112</sup> J. Le Grand, *Further Tales from the British National Health Service*, Health Affairs, 21(3), 2002:116–129.

dawniej siła napędowa reformy, znaleźli się w bardzo niekomfortowej sytuacji. Szczegółowe instrukcje były dowodem braku wiary przełożonych w ich możliwości, a zagrożenie negatywnymi bodźcami prowadziło do erozji wewnętrznej, twórczej motywacji. Dla wszystkich stawało się jasne, że NHS czeka kolejna faza trudnych zmian.

\* \* \*

Przedstawione wydarzenie obejmują tylko niektóre kraje i część zmian, które były wprowadzane pod hasłem reform w systemach zdrowotnych w ostatnich kilkunastu latach. Potwierdzają one różnorodność działań i ich bardzo zróżnicowany zakres, a także uderzającą niesystematyczność: wbrew koncepcjom, w których starannie rozróżniane są fazy i etapy postępowania podporządkowane głównie rytmowi i treściom życia politycznego. Jednocześnie próby zmian – już niezależnie od ich nazwy – wydają się stałym elementem publicznych procesów decyzyjnych, zgodnie z teoretycznymi uzgodnieniami przyjmowanymi przez większość badaczy.

## Rozdział 3

# LEKCJE Z PROCESU REFORM

Analizy prowadzone w ramach polityki zdrowotnej – w tym także wyprowadzane w nich zalecenia i rekomendacje – opierały się na zbiorach teoretycznie konstruowanych przesłanek. Polegało to głównie na wyprowadzaniu drogą logicznego rozumowania szczegółowych wniosków wynikających z modelowych rozwiązań akceptowanych w danym kraju – narodowej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii, ubezpieczeń w Niemczech, czy kontrolowanego przez korporacje rynku w USA. Kiedy nadeszła epoka reform, takie podejście stało się niemożliwe, bowiem sama idea reformy zawierała postulat odchodzenia od modelu i poszukiwania nowych rozwiązań. Chodziło zatem o to, by znaleźć mechanizm podnoszący efektywność, będący odpowiedzią na specyficzne mankamenty, nawet niekiedy niezależnie od relacji z wewnętrzną organizacyjną logiką systemu (należało natomiast przestrzegać zgodności z jego zasadami i wartościami).

Powstawała sytuacja bez precedensu. Z jednej strony liderzy reform nie mogli korzystać ze sprawdzonych (modelowych) wzorów, co z pewnością nie ułatwiało decyzji. Jednak z drugiej, wobec nieznanej wcześniej szybkości i łatwości przekazywania informacji w skali międzynarodowej, przy intensywnym wsparciu wielu instytucji, otwierała się możliwość korzystania z empirycznie weryfikowanych doświadczeń, zdobywanych w innych krajach. W efekcie podejmowania licznych przedsięwzięć reformatorskich powstawał nowy i wzbogacający się z każdym rokiem zasób wiedzy o treści zmian i warunkach wprowadzania ich w życie. Nawet jeśli reformatorzy nie zawsze mieli okazję – a niekiedy motywację – by z niego korzystać we własnych decyzjach, to dla rozwoju nauki o polityce zdrowotnej była to szansa bezcenna.

## 3.1. Perspektywy teoretyczne

### 3.1.1. *Poszukiwanie p aradygmatu*

Analizy doświadczeń reformatorskich z pierwszej połowy lat 90. prowadziły niektórych badaczy do twierdzenia o wyłanianiu się nowego paradygmatu polityki zdrowotnej. Jednym z nich był D. Chernichovsky, który w kolejnych publikacjach przedstawił jego podstawowe cechy<sup>1</sup>. Najbardziej charakterystycznym elementem nowego paradygmatu była próba łączenia zasady publicznej odpowiedzialności z korzyściami wynikającymi ze stosowania mechanizmu rynkowego. Punktem wyjścia budowania nowej koncepcji było przyjęcie trzech przesłanek. Po pierwsze, prawem obywatelskim jest możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych w podstawowym (gwarantowanym) zakresie. Po drugie, ochrona zdrowia wykracza poza opiekę medyczną i różne czynniki wpływające na stan zdrowia muszą być poddane publicznemu nadzorowi, a wśród kryteriów oceny sektora zdrowotnego muszą znaleźć się: zasada optymalizacji relacji koszt–efekt, efektywność i satysfakcja konsumentów. Po trzecie, konieczne jest angażowanie państwa w działanie systemu zdrowotnego, co jest niezbędne do przezwyciężenia negatywnego wpływu wad rynku w tym sektorze. Autor podkreślał, że przesłanki te mają charakter nie tylko wartościujący, ale także efektywnościowy – w interpretacji utylitarystycznej – podnoszący sumaryczny dla populacji efekt zdrowotny. W warstwie analitycznej paradygmat miał opierać się na szeroko stosowanym odróżnieniu trzech funkcji systemów zdrowotnych: (a) finansowania, (b) organizowania i zarządzania procesem udzielania świadczeń zdrowotnych, (c) udzielania (produkcji) świadczeń zdrowotnych. Oryginalna propozycja autora – choć twierdził, że jest to jedynie rekonstrukcja zdobywanych w różnych krajach doświadczeń – polegała na zaproponowaniu tworzenia dwóch, pełniących odmienne role, rynków wewnętrznych, które otwierałyby możliwość zawierania odpowiednich transakcji. Na pierwszym rynku instytucje realizujące funkcje organizowania i zarządzania procesem udzielania świadczeń zdrowotnych mogłyby ubiegać się o dostęp do publicznych pieniędzy, przeznaczanych na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Powinno się to odbywać na zasadach konkurencji, w której instytucje starające się o środki przedstawiałyby przyszłym użytkownikom oferty „pakietów” zawierających zestaw świadczeń obowiązkowych i pewne zakresy różnych świadczeń uzupełniających, które byłyby udostępniane pacjentom za określoną cenę. Pacjenci, wybierając opcję przedstawioną przez określoną instytucję, wzmacniają jej pozycję, bowiem środki będą przyznawane proporcjonalnie do częstotliwości wybo-

---

<sup>1</sup> D. Chernichovsky, *Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 3, 1995:339–372; *What can developing economies learn from health system reforms of developed economies?*, Health Policy, 32, 1995:79–91; *Pluralism, Public Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health System*, The Milbank Quarterly, 89(1), 2002:5–39.

rów dokonywanych przez przyszłych pacjentów. W ten sposób – odmiennie niż na tradycyjnych rynkach wewnętrznych – wybór pacjentów miałby bezpośredni wpływ na przebieg dokonywanych transakcji. W wyniku postępowania przeprowadzonego na pierwszym rynku pewna grupa instytucji organizujących i zarządzających stawałaby się pośrednim dysponentem środków publicznych. Ich troska o efektywne wykorzystanie tych środków polegałaby na wyborze najbardziej efektywnych producentów świadczeń, spośród wielu oferujących swoje usługi. Transakcje prowadzące do tego wyboru byłyby zawierane na drugim rynku wewnętrznym. Uzasadnienie powołania do życia dwóch rynków wewnętrznych oraz pośredniego dysponenta środków publicznych, a więc instytucji organizujących i zarządzających procesem produkcji świadczeń wynikała – zgodnie z propozycją autora – ze złożoności i skomplikowania procesów wytwarzania usług w ochronie zdrowia. Pierwotny dysponent środków publicznych jest bowiem zbyt oddalony od bezpośrednich producentów świadczeń, aby mógł rzetelnie oceniać przedstawiane przez nich propozycje. Z konieczności musi się posługiwać dużymi, zagregowanymi wielkościami, które często kamuflują przebieg jednostkowych procesów organizacyjnych, co daje znaczną przewagę informacyjną bezpośredniemu wytwórcy. Wytwórca znajduje się wobec stałej pokusy, by uzyskiwać dodatkowe korzyści poprzez wykorzystywanie ukrytych wcześniej rezerw, a nie poprzez rzeczywisty wzrost efektywności czy poprawę jakości. Instytucjom pośredniczącym przypisana została zatem specyficzna rola podmiotów troszczących się o racjonalność społeczną. W dążeniu tym miały się one posługiwać mechanizmami rynkowymi, ale także poprzez pełnienie własnej misji, w skład której wchodziły dwa elementy. Po pierwsze, miały one pomagać „słabym i nie dość dobrze poinformowanym obywatelom, jak radzić sobie zarówno z potężną administracją państwową, jak i z równie potężnymi instytucjami świadczącymi usługi”, po drugie zaś, „pomagać podmiotom publicznym w radzeniu sobie z trudnymi do spełnienia aspiracjami pacjentów oraz z poddanymi regulacji, ale trudnymi do opanowania świadczeniodawcami”.

Z czasem miejsce i rola poszczególnych podmiotów realizujących trzy wymienione wcześniej funkcje systemu została określona przede wszystkim w kategoriach interesu grupowego. Na takie postrzeganie problemu wpłynęła analiza wielu reform prowadzonych w latach 90<sup>2</sup>. Realizacja podstawowych zasad, na których powinien opierać się system, została powiązana wprost z działaniami rządu, odpowiedzialnego za ustalenia strategii i polityki, regulację oraz badania i kształcenie. Funkcja finansowania opieki zdrowotnej, organizowana przy zastosowaniu reguł finansów publicznych – niezależnie od podatkowego lub składkowego pozyskiwania środków – powinna pozostawać w gestii instytucji podporządkowanej racjonalności ekonomicznej, co w sektorze zdrowotnym sytuuje je zwykle w sytuacji konfliktowej w stosunku do innych podmiotów. Reguły finansowania, wraz z formalną regulacją, traktowano jako umożliwiające wyrażanie interesów państwa jako całości i „płacących obywateli”. Instytu-

---

<sup>2</sup> Autor wymieniał doświadczenia Izraela, Holandii, Rosji, Kolumbii, USA, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii, Australii.

cje produkujące usługi reprezentują przede wszystkim punkt widzenia świadczeniodawców – często także ich interesy – zatem stosując reguły medycznej wiedzy profesjonalnej, powinny być podporządkowane zdecentralizowanemu zarządzaniu. Reguła taka może być stosowana zarówno w stosunku do publicznej, jak i prywatyzowanej własności. Instytucje organizujące i zarządzające korzystaniem ze świadczeń (konsumpcją) były najbardziej charakterystycznym elementem zmian i częścią nowego paradygmatu. Doświadczenia wykazały, że funkcje te były powierzane bardzo różnym instytucjom, publicznym i niepublicznym, scentralizowanym i zdecentralizowanym, co uzależnione było od bardzo zróżnicowanego układu uwarunkowań. Często lokalna tradycja przesądzała o zastosowanym rozwiązaniu, ale wspólnie przyjmowaną przesłanką było to, że powinny reprezentować swoich członków (ubezpieczonych). Mechanizm aktywnego wyboru instytucji miał zapewniać formy wystarczającej odpowiedzialności tych instytucji, zainteresowanych powtórным wyborem lub innym wyrazem satysfakcji wyrażanej przez pacjenta. Mimo całego zróżnicowania można było jednak odnosić wrażenie, że najczęściej stosowanym rozwiązaniem stawało się tworzenie publicznych, pozarządowych instytucji w miejsce działających wcześniej jednostek podporządkowanych administracji publicznej. Sprzyjało to rozszerzaniu zakresu oddziaływania mechanizmu rynkowego, zastępującego normy administracyjne.

Wbrew wspomnianej wcześniej deklaracji autora, że przedstawiany przez niego model jest opisową rekonstrukcją wysiłków reformatorskich, paradygmat był wykorzystywany także jako normatywny punkt odniesienia. Czernichovsky, analizując ograniczone sukcesy wielu reform, wyjaśniał je poprzez wskazanie niedostatecznie jasnego definiowania funkcji (misji) realizowanych przez poszczególnych aktorów. Zwłaszcza mało precyzyjne ustalenie zadań instytucji organizujących i zarządzających korzystaniem – jak miało to miejsce w wymienionych z imienia reformach brytyjskich – przyczyniało się do ograniczenia potencjalnie możliwych korzyści. Trudności z ustaleniem funkcji tych podmiotów jest jednak zrozumiałe, ponieważ były one nowym aktorem sektora zdrowotnego, którego obecność zmieniała istotnie zakresy wpływów i równowagę między innymi aktorami. Zacieranie przejrzystości granic funkcji poszczególnych podmiotów wpływało także na możliwość budowania dwóch rynków wewnętrznych, co miało gwarantować wykorzystywanie ich potencji optymalizacyjnych. Na ogół powstawał tylko jeden rynek, co w konsekwencji rozczerowało aktorów oczekujących bardziej przejrzystej gry rynkowej. Autor zwracał także uwagę na możliwość wprowadzania zmian w definicji dostępności i zasad korzystania oraz w powiązanych z nimi zasadami uczestniczenia w finansowaniu świadczeń. Chodziło zarówno o opłaty wnoszone w postaci podatków i składek, jak i w formie tych wnoszonych w chwili korzystania. Chociaż w praktyce reformatorskiej ten rodzaj zmian był raczej ograniczony – sprzeciw opinii publicznej był bardzo silnie odczuwany – to koncepcyjnie reformy, w których myśłano o wykorzystywaniu mechanizmów rynkowych nie mogły tych spraw pominąć.

Najważniejszym zadaniem stojącym przez reformatorami systemów w krajach rozwiniętych było godzenie konieczności zachowania wewnętrznie zróżnicowanych układów organizacyjnych i finansowych z wymogami konstruowania systemów dostatecznie spójnych i zintegrowanych. Nadrzędnym kryterium dokonywanych wyborów miało być gwarantowanie efektywności w skali makro, co w praktyce przekłada się na stałe poszukiwanie równowagi między postrzeganym poziomem zapotrzebowania na świadczenia (odrębnym problemem jest ustalenie, kto jest kompetentnym obserwatorem dokonującym stosownych obserwacji) a politycznie akceptowanym poziomem wydatków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Przedstawiony paradygmat miałby służyć porządkowaniu wewnętrznego obrazu reformowanego systemu.

### 3.1.2. Modele reformy

L. Rose twierdziła, że reformy sektora zdrowotnego mogą być analizowane przez ich przyporządkowanie jednemu z trzech modeli<sup>3</sup>. Po pierwsze, modelowi „wielkiej zmiany”, w ramach którego w stosunkowo krótkim czasie wprowadza się bardzo rozległą rekonstrukcję działających wcześniej instytucji. Warunkiem przyjęcia takiej strategii jest rosnący trend publicznych wydatków na zdrowie, co wykluczałoby jego stosowanie w krajach przechodzących kryzys gospodarczy. Zdaniem autorki Czechy, Nowa Zelandia i Wielka Brytania na początku lat 90. wdrażały reformy stosujące ten model. Po drugie, można stosować model „ruiny i odbudowy”, co miałoby być bardziej efektem konieczności, niż swobodnego wyboru. Sytuacja opisana tym modelem polega na tym, że poprzednio działający system uległ całkowitej dezorganizacji, politycy nie widzą możliwości jego naprawienia i – wobec takiej diagnozy – nieuniknione jest budowanie systemu na nowych zasadach. Autorka nie podaje wprost przykładów krajów, w których ten model był stosowany, co wydaje się wynikać z ostrożności postawienia diagnozy o całkowitym upadku starych systemów. Wnioskując jednak z kontekstu, zasadne byłoby twierdzenie, że chodziło tu o kraje poradzieckie, prawdopodobnie nie tylko azjatyckie. W tekście na temat sytuacji panującej na Litwie można znaleźć tezę o niemożności uzyskania nawet minimalnego zakresu świadczeń, w związku z czym „(...) cała struktura opieki zdrowotnej powinna być zmieniona i nowy system powołany do życia”<sup>4</sup>. To właśnie rozumowanie charakterystyczne dla omawianego modelu. Po trzecie, można stosować model zmian stałych i powolnych, co miałoby być możliwe niezależnie od sytuacji gospodarczej kraju. Autorka powołuje przykład Kanady, Holandii i Rumunii, jako krajów stosujących ten model. Ich dobór potwierdza założenie poczynione przez

---

<sup>3</sup> L. Rose, *Implementing Health Sector Reform in Central Asia: Context and Lessons Learned* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:3–10.

<sup>4</sup> E. Gefenas, *Health Care in Lithuania: From Idealism to Reality* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:121–127.

autorkę, że sytuacja gospodarcza nie jest wyznacznikiem stosowania zmian stałych i powolnych, co jednak nie zmienia faktu, że poziom zamożności kraju w istotnym stopniu wpływa na szanse powodzenia proponowanych i wdrażanych zmian.

Wyodrębnianie modelu wielkiej zmiany było w literaturze stosowane często, choć poszczególni autorzy skłonni byli przypisać różnym krajom stosowanie odmiennych wariantów. J. Bjorkman i Ch. Altenstetter twierdzili, że wielka zmiana została wprowadzona w Brazylii, Niemczech, Izraelu i Holandii, podczas gdy Wielka Brytania, Kanada i Francja zadowolili się jedynie częściowymi modyfikacjami<sup>5</sup>.

### 3.1.3. „Perspektywy” reformy

R. Romanow twierdził, że różnorodne propozycje zmian, dostępne reformatorem, można przyporządkować jednej z czterech podstawowych „perspektyw”<sup>6</sup>. Zwolennicy pierwszej perspektywy zalecają zwiększenie udziału wydatków zdrowotnych w wydatkach publicznych. Ich rekomendacje opierają się na przesłance, że podstawowe mechanizmy systemu są dobrze skonstruowane, a główną – i jedyną – przyczyną dysfunkcji jest trwające niedofinansowanie (wśród mechanizmów istnieje ograniczenie możliwości większego wykorzystywania środków prywatnych). Zwolennicy drugiej perspektywy koncentrują się na braku strukturalnej równowagi między wzrostem zapotrzebowania systemu na środki finansowe, co jest następstwem rozwoju nowych technologii i zmian demograficznych oraz społecznych, a możliwościami publicznego płatnika do sprostania temu zapotrzebowaniu. Ograniczenia publicznego płatnika wynikają z ekonomicznej racjonalności, a przede wszystkim z wymogów międzynarodowej konkurencji. Diagnoza taka prowadzi do postulatu przededefiniowania dotychczasowych zakresów odpowiedzialności między publicznymi i prywatnymi podmiotami, co prowadziłoby także do zwiększenia obciążeń finansowych tych ostatnich. Zwolennicy trzeciej perspektywy wierzą w skuteczność stosowania reguł rynkowych: w warunkach zwiększonych możliwości wyboru, także między publicznymi i prywatnymi świadczeniami – i ich finansowaniem – możliwe byłoby akceptowane społecznie zwiększenie prywatnie opłacanych świadczeń. Otwierałoby to możliwości wzrostu prywatnych inwestycji – prywatna produkcja stwarzałaby szanse pozyskiwania zysku – a w efekcie także szerszego przestrzegania zasad efektywności ekonomicznej. W przypadku czwartej perspektywy podkreśla się wagę stosowania narzędzi sprawnego zarządzania w ramach jednolitego, zintegrowanego, publicznego systemu. Jako szczególnie niekorzystną formę bodźców zwolennicy tej opcji traktują regułę *fee-for-service*, któ-

---

<sup>5</sup> J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997.

<sup>6</sup> Tamże, s. 11 i n.



ra zachęca do zwiększenia produktywności na szczeblu mikro (tutaj uzyskuje się zwiększone przychody), przede wszystkim w ramach działalności leczniczej, przy lekceważeniu korzyści zdrowotnych uzyskiwanych dzięki zapobieganiu. Efekty nieprzynoszące zysków w systemie zdeintegrowanym mogą być uchwytnie, i stanowić podstawę korzyści także dla świadczeniodawców, w systemie jednolitym. Przy takiej diagnozie dążenie do budowy zintegrowanego systemu jest logicznym postulatem reformatorskim.

### **3.1.4. Modele procesu reformowania**

M. Reich wyróżnił trzy modele służące analizie procesu reformowania sektora zdrowotnego: woli politycznej, politycznych frakcji i politycznego przeżycia<sup>7</sup>. W pierwszym modelu przyjmuje się, że decyzje podejmowane przez politycznych liderów są zarówno konieczne, jak i wystarczające do dokonania dużej zmiany politycznej, także takiej jak reforma sektora zdrowotnego, ponieważ podejmowane zgodnie z przesłankami racjonalnie – w sensie technokratycznym – prowadzonego procesu, opierają się na dobrej informacji, znajdują wsparcie ze strony sprawnego zaplecza instytucjonalnego (które nie realizuje własnych interesów), zaś państwo zapewnia sprawną egzekucję podjętych decyzji. Sami decydenci są w stanie określić, co leży w interesie społeczeństwa jako całości i podejmują decyzje zgodnie z poczynionymi ustaleniami, nie ulegając żadnym partykularnym presjom. Nadrzędnym kryterium decyzyjnym jest zatem maksymalizowanie, lub przynajmniej zwiększanie, ogólnego dobra, z czego poszczególne grupy mogą sobie nawet nie zdawać sprawy. Jeśli wszystkie te warunki są spełnione – a w ramach modelu następuje to na zasadzie przyjmowanej konwencji – wprowadzenie reform zależy wyłącznie od politycznej woli przywódców. Empirycznym przybliżeniem sytuacji opisywanej przez ten model mogą być reformy – niekoniecznie zdrowotne – wprowadzane w krajach azjatyckich, w warunkach słabego rozwoju mechanizmów demokratycznych. W krajach demokratycznych nie ma on raczej zastosowania i trudno tam uznać, że jeśli reformy nie ma, odpowiedzialność spada wyłącznie na liderów, których wola polityczna okazała się – widocznie – zbyt słaba, by doprowadzić do oczekiwanych zmian. W modelu frakcji politycznych przyjmuje się, że politycy kierują się dążeniem do zaspokojenia potrzeb, aspiracji i interesów grup, które reprezentują. Chodzi zwłaszcza o grupy, które wyniosły ich do władzy, i których poparcie będzie potrzebne w kolejnych wyborach. Państwowy aparat biurokratyczny nie jest postrzegany jako transparentne i bezstronne narzędzie, służy realizacji grupowych interesów, także swoich. Obiektywna analiza potrzeb i ich uwarunkowań może być prowadzona – także poprzez badania naukowe – lecz istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że wyniki będą wykorzystywane wybiórczo, celem uzasadnienia korzystnych dla ich dysponentów rozstrzygnięć. Decyzja o wpro-

---

<sup>7</sup> M.R. Reich, *The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:47–77.

wadzeniu reformy zostaje podjęta wtedy, gdy grupy postrzegające jej skutki jako korzystne dla siebie okażą się dostatecznie wpływowe, by doprowadzić do przewyciężenia oporu pozostałych grup. Model ten może zapewne być interpretowany w mocnej i słabej wersji. W mocnej interpretacji będzie się zwracać uwagę na radykalny egoizm poszczególnych grup, co może prowadzić do blokady procesu decyzyjnego i braku możliwości działania na rzecz interesu publicznego. W umiarkowanej interpretacji będzie się zwracało uwagę na naturalną wielość interesów we współczesnych społeczeństwach, na konieczność ich szanowania i na możliwość zawierania koalicji i kompromisów umożliwiających podejmowanie decyzji służących znaczącej większości – przy poszanowaniu spraw mniejszości. W modelu przeżycia politycznego przyjmuje się, że przesłanką działania polityków jest poszukiwanie poparcia najbardziej wpływowych grup społecznych. Podobne założenie przyjmuje się w koncepcji wyboru publicznego. Grupą taką mogą być dostatecznie liczni wyborcy i stąd – kiedy zbliża się czas elekcji – politycy podejmują doraźne decyzje zyskujące im popularność, nawet bez troski o konsekwencje bardziej oddalone w czasie. W ramach tej logiki – w wielu krajach – wydatki budżetowe na cele socjalne wzrastają z zadziwiającą regularnością w latach, kiedy odbywają się wybory. Jednak grupą taką mogą być także środowiska znacznie mniej liczne, ale pozwalające na skuteczne oddziaływanie na sytuację społeczną lub ekonomiczną. Nie muszą to być zresztą strategie wzajem się wykluczające. Można sobie wyobrazić decyzje korzystne dla nielicznych inwestorów, których aktywność tworzy miejsca pracy lub dobrobyt, dzięki czemu politycy uzyskują szerokie poparcie. Takie dalekowzroczne podejście nie jest jednak typowe dla sytuacji opisywanej przez ten model, jeśli chodzi o polityczne przeżycie. Tak więc decyzja o reformie jest w jego logice podejmowana, kiedy może się to przysłużyć uzyskaniu przez polityków doraźnej korzyści politycznej.

### 3.1.5. *Stewardship*

Zgadzając się, że pierwotnym przedmiotem reform są systemy zdrowotne można uznać, że koncepcje analizy wypracowane dla systemów są narzędziem (modelem) podejmowania problemów dotyczących reform. W powoływanym już w tym opracowaniu Raporcie WHO z 2000 roku podstawową koncepcją wykorzystywaną w budowie takiego narzędzia jest pojęcie „stewardship”<sup>8</sup>.

W pierwszym przybliżeniu definicyjnym autorzy, analizujący to pojęcie, przyjęli, że stewardship to „efektywne powiernictwo (*trusteeship*) w sprawach zdrowia społeczeństwa”<sup>9</sup>. Byłby to więc specyficzny sposób sprawowania władzy, która wiąże się ze służebną rolą administracji, będącej w stanie kompetent-

<sup>8</sup> *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO, Geneva 2000.

<sup>9</sup> R.B. Saltman, O. Ferroussier-Davis, *The concept of stewardship in health policy*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:732–739, s.733 i n. R.J. Romanow, *The Shape of Health Care*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002.

nie i zgodnie z etycznymi standardami zabiegać o dobro społeczeństwa. Istotną cechą wzajemnych relacji jest zaufanie, jakim administracja jest obdarzana i na jakie zasłużyła, unikając przyjmowania pozycji dominacji. Charakterystyka stewardship może być uzupełniona przez przesłanki dotyczące motywacji, która byłaby zgodna z teorią samorealizacji, co oznacza także, że członkowie instytucji pełniący tę funkcję mają nastawienia prospołeczne. Obecność wymiaru etycznego w koncepcji stewardship odnosi się w istotnym stopniu do problemów społecznych, a więc do takich kategorii, jak sprawiedliwość i solidarność. Zgodnie z praktyką, ale także z aksjologicznym uzasadnieniem współczesnych państw opiekuńczych kategorie te są przekładane na praktykę działania poprzez stosowanie różnych mechanizmów redystrybucji dochodu, które pozwalają na transfer środków od bardziej zamożnych (mniej potrzebujących) do mniej zamożnych (bardziej potrzebujących). Jednak koncepcja stewardship nie odwołuje się wprost do żadnej z funkcjonujących wersji państwa opiekuńczego, unikając w ten sposób wikłania się w trudny spór o jego organizację. Wiadomo bowiem, że w wielu sytuacjach publiczne gospodarowanie środkami w tych państwach bywa bardzo nieefektywne i nie ma powodu, by powtarzać tamte błędy (jak można ich uniknąć w praktyce, to odrębny problem).

Podsumowując wskazywane wątki, zaproponowano, by przez stewardship rozumieć „funkcję rządu odpowiedzialnego za dobrobyt ludności, który troszczy się o zaufanie i legitymizację działań przezeń podejmowanych, tak jak są postrzegane przez obywateli” i ta definicja – odnoszona do działań w sektorze zdrowotnym – została potraktowana jako podstawowa konstrukcja w Raporcie.

W koncepcji przyjęto, że ochrona zdrowia jest niezbywalną częścią działań podejmowanych przez społeczeństwo i rząd – czy mówiąc dokładniej: władza publiczna nigdy nie może zwolnić się z odpowiedzialności za przebieg i rezultat tych działań. Autorzy Raportu przywołali formułę „mniej wioskowania, więcej sterowania”, która w znacznym stopniu odzwierciedla dominujące obecnie podejście do tych problemów. Zmniejsza się powszechnie zakres bezpośredniego angażowania się organów państwa w organizowanie procesu produkcji świadczeń, a zwiększa się udział instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, instytucji prywatnych i indywidualnych obywateli. Wszystkie te zmiany nie prowadzą jednak do zmniejszania zakresu odpowiedzialności władzy publicznej, a jedynie do zmian treści sprawowanych przez nią funkcji. Jest interesujące, że trwająca nad tym problemem dyskusja prowadzi do wzbogacania poruszanych problemów. Autorzy Raportu wymienili trzy podstawowe jej sfery: formułowanie polityki zdrowotnej, regulacja, problemy informacji. One też zostały przedstawione jako wypełniające treść pojęcia.

W toku dyskusji nad pojęciem stewardship wydobyto inne jeszcze aspekty proponowanej konstrukcji. W bardziej szczegółowej analizie przeprowadzonej przez jej współtwórców, Ch. Murraya i J. Frenka, stwierdzono, że stewardship jest funkcją powszechnie zaniedbywaną, co było prawdopodobnie efektem rozpowszechniania się orientacji rynkowych, zgodnie z którymi publiczna odpowiedzialność za zdrowie może być ograniczana. Dążąc do jej wzmocnienia, au-

torzy wymienili sześć następujących typów działań, będących realizacją funkcji stewardship: przygotowanie ogólnego projektu systemu, ocenę efektywności, ustalanie priorytetów, reprezentowanie interesów zdrowotnych w kontaktach z różnymi sektorami, regulacja, ochrona konsumentów<sup>10</sup>. Takie zestawienie funkcji można potraktować jako próbę łączenia dwóch podejść do procesu zarządzania sektorem zdrowotnym: jednego, opartego na kryterium faz postępowania (przygotowanie projektu, ocena efektywności, priorytety) i drugiego, odnoszącego się do szczególnych zobowiązań (reprezentowanie interesów, obrona konsumentów).

W nowszym, roboczym opracowaniu, także przygotowanym w nurcie analiz koordynowanych przez WHO, przedstawiono sześć następujących wymiarów stewardship: pozyskiwanie dobrej informacji, formułowanie strategicznych kierunków polityki, tworzenie narzędzi wdrożenia (władza, bodźce i sankcje), budowanie koalicji (partnerstwa), zapewnienie odpowiedniości między celami realizowanej polityki a strukturą organizacyjną i kulturą instytucji, wprowadzenie mechanizmu zapewniającego rozliczanie odpowiedzialności<sup>11</sup>.

W przytoczonych propozycjach widać rozbieżności; struktura i liczba funkcji zarządzania są przedstawiane odmiennie – tylko niektóre pokrywają się, inne są rozbudowane, niektórym przypisano szczególne znaczenie. Na bliższą analizę zasługuje opracowanie najnowsze, przyjmując, że jego autorzy mogli skorzystać z toczących się wcześniej dyskusji. Innowacją najbardziej tam znaczącą jest wprowadzenie pojęcia „podmiotu zarządzającego” (*steward*) i uczynienie go głównym adresatem prowadzonych rozważań. Autorzy akceptowali fakt uczestniczenia w procesach decyzyjnych wielu podmiotów, ale podmiotom zarządzającym przypisali rolę szczególną. „Rząd jako całość jest najważniejszym podmiotem zarządzającym (*ultimate steward*)”<sup>12</sup>. Zgodnie z zasadami podziału kompetencji władczych, poszczególne organy rządowe, także administracyjne, są traktowane w sposób wyróżniony, jako te, którym należy przypisać rolę sprawczą w działaniach, a zwłaszcza w przekształcaniu sektora zdrowotnego.

### 3.1.6. Regulacja

W wielu analizach zwraca się uwagę na znaczenie regulacji. Funkcja ta była wymieniona w pierwotnej koncepcji stewardship, pominięto ją w opracowaniu roboczym, ale jako funkcja zarządzania – pomijając w tej chwili problem jej wyodrębniania – aktywność ta bardzo często jest traktowana jako jedno z fundamentalnych zadań państwa. Z reguły wiąże się z tworzeniem prawa – co często traktuje się jako najważniejszy element polityki zdrowotnej i działań reformatorskich.

---

<sup>10</sup> Ch.J.L. Murray, J. Frenk, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:717–731.

<sup>11</sup> Ph. Travis, D. Egger, Ph. Davies, A. Mechbal, *Towards better stewardship: concepts and critical issues*, Evidence and Information for Policy, WHO, Geneva 2002.

<sup>12</sup> Tamże, s. 12.

Zdaniem powoływanych już Murraya i Frenka istnieją dwa podstawowe obszary regulacji: sfera zdrowia publicznego, a więc wszystko co służy bezpieczeństwu zdrowotnemu, oraz organizacja i finansowanie sektora zdrowotnego<sup>13</sup>. Regulacja może być realizowana przez normy nakazujące podejmowanie pożądanых działań, ale mogą ją także określać zakazy i granice dopuszczalnych aktywności. Ich adresatami mogą być zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne. Im bardziej aktywna polityka zdrowotna, tym więcej zobowiązań kierowanych pod adresem podmiotów publicznych. Warto odnotować, że takie funkcje, jak tworzenie narzędzi wdrożenia (władza, bodźce i sankcje), budowanie koalicji (partnerstwa), zapewnienie odpowiedniości między celami realizowanej polityki a strukturą organizacyjną i kulturą instytucji, wprowadzenie mechanizmu zapewniającego rozliczanie odpowiedzialności w znacznym stopniu polegają na stosowaniu regulacji. Jest to zarówno regulacja prawna – praktycznie zawsze potrzebna jest podstawa ustawowa – ale także różnorodna regulacja organizacyjna. Interesujące jednak, że realizacja wymienionych funkcji nie może ograniczać się do działań prawnych (regulacyjnych). Zgodnie z tezą przedstawioną w omówionym opracowaniu skuteczność działań może być zapewniona tylko wtedy, kiedy podmiot starający się kształtować sytuację posługuje się wieloma różnymi technikami.

Kwestie regulacji są szeroko podejmowane także poza nurtem analiz związanych z koncepcją stewardship. Poglądy na temat zakresu zadań, które powinny być przedmiotem regulacji w sektorze zdrowotnym są powiązane zwłaszcza z przekonaniem dotyczącym szerszego problemu – roli państwa w polityce społecznej i zdrowotnej. Zwolennicy interwencji i jego aktywnej obecności będą wskazywali znacznie szerszy zakres obowiązków – regulacji – niż zwolennicy koncepcji liberalnych. Jednak przynajmniej częściowo niezależnie od tych ogólnych poglądów, większość badaczy jest skłonna wskazać pewną listę zadań technicznych, które należy w sektorze zdrowotnym zrealizować, także niezależnie od zobowiązań bardziej politycznie uwarunkowanych. Dotyczy to przede wszystkim uchwalania przepisów, nadzoru nad przestrzeganiem prawa i przyjętych zobowiązań, egzekwowania obowiązujących norm i decyzji<sup>14</sup>. Wśród przepisów mających bezpośrednie zastosowanie w sektorze zdrowotnym szczególną rolę pełnią normy i standardy bezpieczeństwa oraz ustalenia dotyczące przepływów finansowych.

W opinii R. Saltmana i G. Busse'go przedmioty (problemy) regulacji, niezbędnej do realizacji zadań sektora zdrowotnego, można określić jak następuje<sup>15</sup>:

---

<sup>13</sup> Ch.J.L. Murray, J. Frenk, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:717–731.

<sup>14</sup> R. Eldar, *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.

<sup>15</sup> R.B. Saltman, R. Busse, *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*,

- jakość i efektywność: ocena relacji koszt–efekt interwencji medycznych, kształcenie pracowników medycznych, akredytacja świadczeniodawców;
- dostęp pacjentów do świadczeń: zasady *gate-keepingu*, współpłacenie, listy lekarzy rodzinnych, zasady wyboru płatnika, polityka podatkowa, ulgi podatkowe;
- zachowania świadczeniodawców: przekształcenia szpitali w firmy publiczne, zasady udzielania – i zaciągania – kredytów przez szpitale, racjonalizacja współdziałania między opieką szpitalną, opieką podstawową i opieką domową;
- działania płatników: ustalanie zasad kontraktowania, kształtowanie planowanych rynków dla szpitali, ustalanie cen świadczeń zdrowotnych w sektorze publicznym, wprowadzania systemu opłat za przypadek (*case-based*), takich jak DRG, ustalanie wielkości funduszu rezerwowego i inwestycji kapitałowych dla prywatnych ubezpieczeń, zasady tworzenia i działania funduszu wyrównawczego dla instytucji ubezpieczeniowych celem wyrównywania poziomu ryzyk;
- leki: stosowanie leków generycznych, ceny referencyjne, kontrola zysków, definiowanie leków podstawowych i ustalanie ich cen, pozytywne i negatywne listy leków;
- lekarze: ustalanie stawek płacowych i poziomów wynagrodzenia, zasady licencjonowania (prawa uprawiania zawodu), wymogi ubezpieczenia od błędów w leczeniu.

Konkludując, można stwierdzić, że projekt „dobrej” reformy zawiera odpowiedzi przynajmniej na większość pytań dotyczących przedstawionej listy problemów, a poprzez wdrożenie problemy te są rozwiązywane. Regulacja prowadzi bowiem do budowania fundamentu, na którym system jest oparty oraz reguł funkcjonowania. Im bardziej fundament jest solidny, a reguły przejrzyste i spójne, tym większe szanse efektywnego funkcjonowania. Ta prosta prakseologiczna formuła może być traktowana jako mająca powszechne zastosowanie, ale nabiera szczególnego znaczenia w okresie wprowadzania gwałtownych zmian. Reforma jest przecież w znacznym stopniu zmianą regulacji – treści obowiązujących wcześniej reguł – ale jest dokonywana najczęściej poprzez narzędzia regulacji – normy prawne. W tej specyficznej sytuacji regulacja, która powinna pełnić rolę głównie stabilizującą, staje się czynnikiem zmiany.

### **3.1.7. Weryfikacja koncepcji „nowego instytucjonalizmu”**

We wstępie pisałem o wykorzystywaniu koncepcji nowego instytucjonalizmu do analizy i wyjaśniania procesów reformatorskich. Nie jest to bowiem tylko propozycja, ale istnieją przykłady jej sprawdzania w praktyce badawczej.

E. Mossialos i A. Dixon badali trzy takie zdarzenia<sup>16</sup>. Pierwsze polegało na popularności rozwiązań ubezpieczeniowych w krajach Europy Środkowej

---

R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (eds), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:3–52, s. 14.

<sup>16</sup> E. Mossialos, A. Dixon, *Funding health care in Europe: weighing up the options* [w:] *Funding health care: options for Europe*, E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), Open University Press, Buckingham 2002:272–300.

i Wschodniej na początku lat 90. Autorzy przypomnieli, że wiele spośród tych krajów stosowało w przeszłości takie rozwiązania, najpierw w ramach wspólnot politycznych z Niemcami i Austro-Węgrami, a później w niezależnych państwach w okresie międzywojennym, a niekiedy także po wojnie. Sytuacja taka była najbardziej widoczna w Czechach, na Słowacji i na Węgrzech, ale można też dodać Słowenię i kraje bałtyckie. Instytucje znane z przeszłości i pozytywnie kojarzone, zarówno w sensie asocjacji politycznych, jak i pod względem sprawności technicznej, stawały się naturalnym punktem odniesienia w poszukiwaniu opcji reformatorskich na przyszłość.

Drugie zdarzenie miało miejsce w Niemczech i polegało na wprowadzeniu nowej formy ubezpieczenia – ubezpieczenia opiekuńczego/pielęgnacyjnego (*long-term care insurance*). Warto zauważyć, że ryzyko, przed którym chroni ta forma ubezpieczenia nie ma bliskiego związku z pracą, jak to ma miejsce w większości ubezpieczeń wywodzących się z tradycji bismarckowskiej. Nie jest to więc proste nawiązanie pod względem merytorycznym do rozwiązań wcześniej istniejących. Jednak pod względem organizacyjnym, zasad pozyskiwania i gromadzenia składki oraz definiowania uprawnień została zastosowana konstrukcja analogiczna, jak w innych ubezpieczeniach. W tych warunkach polityczna wola większości – ubezpieczenie to zostało przyjęte przez ponadpartyjną koalicję – pozwoliła pominąć i uznać za nieważne niezgodności ze starym modelem.

Trzecia sekwencja zdarzeń nastąpiła w Wielkiej Brytanii i składała się z dwóch wyraźnie odmiennych procesów, których stosunek do omawianej hipotezy był istotnie inny. Pierwszy proces miał miejsce w drugiej połowie lat 40. i polegał na utworzeniu Narodowej Służby Zdrowia, a więc instytucji w znacznym stopniu nowatorskiej, która stanowiła raczej przełom, niż kontynuację przeszłości. W odniesieniu do fazy tworzenia i wdrażania NHS hipoteza nowego instytucjonalizmu znajduje zatem raczej słabe potwierdzenie. Inaczej wyglądała sytuacja w latach 80. Rząd M. Thacher posługiwał się retoryką rynkową i wprowadził wiele zmian, które prowadziły do znacznego osłabienia – niektórzy twierdzą: demontażu – brytyjskiego państwa opiekuńczego. Jednak w stosunku do NHS radykalizm konserwatystów został znacznie stonowany. Zachowano stare zasady dostępu i korzystania (w których nadal obowiązywało kryterium potrzeby), zachowano zasady finansowania, a impet zmian skierowano na organizację produkcji świadczeń i zarządzanie. Mimo że w niektórych analizach reforma brytyjska była przedstawiana jako radykalna zmiana, to pod wieloma względami była ona kontynuacją przyjętych wcześniej rozwiązań.

### 3.2. Niektóre ustalenia empiryczne

Powszechność doświadczeń reformatorskich i ich intencjonalny charakter tworzył jedyną w swoim rodzaju okazję śledzenia uzyskiwanych efektów.

Wprawdzie nie wszędzie okazała się być wykorzystywana z równym powodzeniem, niemniej zdobyto wiele szczegółowych informacji na temat efektywności – także ich uwarunkowań i ograniczeń – zastosowanych mechanizmów.

### 3.2.1. Szwecja

Wprowadzenie kontraktów i mechanizmów skracania kolejek doprowadziło w krótkim czasie do podniesienia produktywności pracy szpitali: liczba hospitalizacji wzrosła o 20% w ciągu trzech lat, co zredukowało zasadniczo listy oczekujących<sup>17</sup>. Uzyskane to zostało głównie przez skrócenie średniego czasu hospitalizacji, wzrostu obłożenia łóżek, co ujawniło się szczególnie w stosunku do pacjentów powyżej 80 lat, a więc tych, którzy po opuszczeniu szpitala potrzebowali świadczeń opiekuńczych udzielanych w innej postaci. Powstały wątpliwości, czy jest to forma poprawy efektywności, czy też raczej przetrzucania kosztów na inne sektory, zwłaszcza, że koszty opieki szpitalnej wzrosły o 5% – taka była wartość powstałego deficytu. Okazało się także, że bardzo często pacjenci rezygnują z możliwości uzyskania świadczenia w krótszym czasie, ale w „obcym” szpitalu i wybierają dłuższy okres wyczekiwania, mając pewność, że zabieg zostanie przeprowadzony we „własnym” szpitalu<sup>18</sup>. Zauważono ponadto, że pozytywne zmiany, które nastąpiły w systemie, bardziej były wynikiem zmiany pewnych technicznych konkretów – jak zasady działania opieki podstawowej i jej finansowanie – aniżeli zmian inicjowanych przez rady okręgów, wiązane z ogólnymi ideami, takimi jak separacja płatnika i świadczeniodawcy. Propagowanie haseł rynkowych wpłynęło na wzmocnienie prywatnego sektora szpitalnego, mimo że ich popularność była przejściowa i jawnie głoszona tylko na początku procesów reformatorskich<sup>19</sup>. Wyodrębnione instytucje płatnika kupującego usługi, mimo że zachowały swoją popularność, często znajdowały się w trudnej sytuacji, ponieważ zakres posiadanych przez nie informacji był znacząco mniejszy, niż informacje znajdujące się w dyspozycji świadczeniodawców. Niezależnie jednak od barier efektywnościowych, wynikających z asymetrii informacyjnej, stosowanie umów, jako narzędzia ustalania zadań świadczeniodawców, przy jednoczesnym ustalaniu wielkości budżetu było wykorzystywane bardzo szeroko, także bez formalnego wprowadzania separacji funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Interesujące, że w latach 90. w całym systemie poprawiała się produktywność i pozytywne zmiany zachodziły zarówno tam, gdzie wprowadzano nowe rozwiązania organizacyjne, jak i w okręgach zachowujących stare metody zarządzania. Umożliwiło to, zgodnie z intencjami rządu, utrzymywanie ogólnych wydatków na zdrowie na niskim – stosunkowo – po-

---

<sup>17</sup> F. Diderichsen, *Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden*, Health Policy, 32, 1995:141–153.

<sup>18</sup> *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 81.

<sup>19</sup> F. Diderichsen, *Sweden*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:931–935.



ziomie, który został osiągnięty na początku okresu reformatorskiego, a nawet pewną ich redukcję.

### 3.2.2. Nowa Zelandia

Reforma z 1993 roku napotkała na bariery wynikające z niskiej akceptacji projektu ze strony większości zainteresowanych podmiotów. Szybko doprowadziła do wzrostu liczby osób zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych, także w Ministerstwie Zdrowia. Wnioski na temat obniżenia kosztów produkcji nie były jasne, natomiast z pewnością wzrosły koszty transakcyjne<sup>20</sup>. Były jednak także jaśniejsze strony uzyskanych efektów. Procedura zawierania kontraktów wymagała znacznego wzbogacenia zakresu informacji wykorzystywanych w podejmowaniu decyzji<sup>21</sup>. Połączenie strumieni finansowania opieki podstawowej i szpitalnej pozwoliło na postawienie problemu koordynacji świadczeń. Zaczęto stosować bardziej skuteczne metody ochrony przed powstawaniem deficytów. Podział środków między jednostkami terytorialnymi odbywał się bardziej równomiernie. Znacząco wzrosła świadomość przepływu dóbr i usług w systemie: jakie i ile świadczeń zostało udzielonych, kto był ich konsumentem, jaki koszt został poniesiony i kto uzyskał korzyści finansowe jako producent świadczeń i ich organizator. Pozwoliło to lepiej definiować odpowiedzialność różnych podmiotów w systemie, wynikającą z ich działalności i podejmowanych przez nich decyzji. Elastyczność kontraktów pozwoliła też lepiej, niż w przeszłości, podejmować specyficzny problem nierówności – zdrowie ludności maoryskiej. Jednak w sprawie, z punktu widzenia pierwotnych celów reformy nadzrędej – efektywności – rezultaty były bardzo ograniczone.

### 3.2.3. Wielka Brytania

Brak monitoringu utrudniał systematyczną ocenę wpływu reformy na działania systemu. W najbardziej ogólnym pomiarze – posługiwano się kosztowym wskaźnikiem aktywności (*cost-weighted activity index*) – ustalono, że w okresie przed reformą wartość tego wskaźnika rosła 1,5% rocznie, podczas gdy po wprowadzeniu reformy tempo wzrostu wyniosło 2%<sup>22</sup>. Jednocześnie zatrudnienie w administracji wzrosło o 15%, a na wyższych stanowiskach kierowniczych o 133%, co wiązało się ze wzrostem udziału wydatków administracyjnych o trzy punkty procentowe – z 8% do 11%. W jednym z badań stwierdzono, że w grupie szpitali najwcześniej uzyskujących status trustu przeważały szpitale o wyższym od przeciętnego poziomie efektywności, ale w badaniu, w którym brano pod uwagę strukturę leczonych przypadków (*casemix*) sformułowano wniosek prze-

---

<sup>20</sup> Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Shopping for health: purchasing health services through contracts*, Health Policy, 29, 1994:61–83.

<sup>21</sup> T.A. Kriebler, *New Zealand*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:925–930.

<sup>22</sup> J. Le Grand, *Competition, Cooperation, or Control? Tales from The British National Health Service*, Health Affairs, 18(3), 1999:27–39.

ciwny<sup>23</sup>. Uzyskanie niezależności pozostawało w związku z poprawą efektywności. Najczęściej poprawa efektywności następowała już w roku, w którym szpital uzyskiwał autonomię, po czym tempo poprawy słabło. Jednak nie jest jasne, jak układały się zależności przyczynowe. W drugiej i trzeciej fali przyjmowania statusu trustu uczestniczyły szpitale, które już wcześniej rozpoczęły proces poprawy efektywności. Uzyskanie niezależności następowało zatem wtedy, kiedy instytucja znajdowała się już na fali wznoszącej i być może poprawa następowałaby nadal, niezależnie od zmian w zakresie autonomii. Możliwa jest także interpretacja, że szpitale, uzyskując niezależność, ulegały znanemu w badaniach społecznych „efektowi Hawthorne”, kiedy uwaga zewnętrznych obserwatorów, zainteresowanych zmianami w instytucji pobudza bodźce proefektywnościowe.

Pozycja zajmowana przez szpital na lokalnym rynku nie miała jednoznacznego wpływu na wysokość ponoszonych kosztów. Z jednej strony, pozycja bliska monopolistycznej – mała konkurencja – pozostawała w związku z wyższymi kosztami świadczeń diagnostycznych. Z drugiej strony, wielość podmiotów świadczących – duża konkurencja – pozostawała w związku z wysokimi kosztami hotelowymi i kosztami leczenia. Autorzy wyjaśniali tę rozbieżność historycznymi zaszłościami, które ukształtowały infrastrukturę świadczeniodawców na długo przed pojawieniem się sytuacji konkurencyjnej. Zwrócili też uwagę, że sytuacja ta nie może ulec szybkiej zmianie, tak więc konkurencja jest tylko jednym z wielu czynników oddziałujących na motywacje świadczeniodawców. Zwrócili też uwagę, że w warunkach wprowadzonych do zreformowanego NHS cena nie była elementem przetargu, który prowadził do zawarcia kontraktu, a zatem obniżkę kosztów byłoby – być może – łatwiej uzyskać poprzez współpracę, a nie konkurencję. Nie potwierdziła się także hipoteza, że skupienie wąskospecjalistycznych procedur w jednej instytucji prowadzi do poprawy efektywności. W zreformowanym NHS koszty działania szpitali posiadających skupioną specjalistykę były wyższe, ale być może – co nie było przedmiotem badań – oferowały wyższą jakość.

Potwierdziła się natomiast hipoteza, że siła płatnika może sprzyjać obniżce kosztów. Duży płatnik, zwłaszcza działający w warunkach monopsonu – władze dystryktu znajdowały się w takiej pozycji – mógł wymuszać niższe stawki, a nawet przerzucać część ryzyka na świadczeniodawcę. Interesujące, że podobna zależność, choć na mniejszą skalę dawała się uchwycić w stosunku do lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem. Potwierdziło się także oczekiwanie, że koszty transakcyjne były najniższe przy zawieraniu kontraktów blokowych, najdroższe było kontraktowanie jednostkowych epizodów.

Kiedy prowadzono badania skutków wprowadzenia fundholdingu, zaobserwowano znaczący wzrost liczby planowanych zabiegów i operacji, wbrew obawom, że dysponowanie budżetem spowoduje ograniczenia dostępu do świad-

---

<sup>23</sup> N. Soderlund, *Hospital Casemix, Costs and Productivity in the NHS Internal Market* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:279–297.

czeń specjalistycznych<sup>24</sup>. We wzroście ogólnej intensywności świadczeń specjalistycznych znaczący udział miały zabiegi chirurgiczne wykonywane ambulatoryjnie. Otwierało to możliwości oszczędzania bez uszczerbku na ilości i jakości świadczeń. Prawie wszyscy lekarze kupowali świadczenia także w sektorze prywatnym, zwłaszcza w przypadkach, kiedy korzystanie z sektora publicznego było związane z długimi okresami oczekiwania. Chociaż niekiedy o decyzji korzystania z usług sektora prywatnego decydowały względy jakościowe, to ogólny udział świadczeń produkowanych prywatnie w wolumenie świadczeń nie wzrósł.

Przejęcie budżetów przez lekarzy rodzinnych spowodowało – poza przesunięciami w układzie władzy – ważną zmianę w działaniu NHS<sup>25</sup>. Chodziło o rozszerzenie zakresu świadczeń traktowanych jako opieka podstawowa. Usługi, do których dostęp był przed reformą utrudniony, teraz stały się przedmiotem kontraktów zawieranych przez lekarzy rodzinnych. Okazało się również, że stosunkowo duża liczba lekarzy dysponujących budżetami była ostrożnymi i racjonalnymi płatnikami, którzy w swoich decyzjach brali pod uwagę kryteria jakościowe. Ich zdecydowanie w odmowie zawierania niekorzystnych – ich zdaniem – kontraktów było powodowane także i tym, że te decyzje nie miały destabilizującego wpływu na sytuację finansową dużych świadczeniodawców, co zawsze było groźbą, którą dystrykty zdrowotne musiały brać pod uwagę. Jednak bardziej kompleksowa ocena ich wpływu na efektywność – wobec złożoności strumienia nakładów i niejasności co do oceny efektów – nie mogła być jednoznaczna. Z jednej bowiem strony ujawniły się oszczędności w wydatkach na leki: wartość leków przepisywanych przez lekarzy dysponujących budżetem była niższa, a wzrost wydatków wolniejszy, niż w grupie pozostałych lekarzy<sup>26</sup>. Z drugiej jednak strony, istotnie wzrosły koszty transakcyjne i obsługa praktyk dysponujących budżetem była znacznie droższa, niż pozostałych. Można było mieć wątpliwości, czy wielkość oszczędności przewyższa ponoszone koszty. W 1995 roku, dla którego prowadzono analizę, koszty transakcyjne oszacowano na 232 mln, podczas gdy oszczędności nie przekroczyły 206 mln. Pod wpływem bodźców finansowych pojawiło się odmienne traktowanie w szpitalu pacjentów kierowanych przez lekarzy dysponujących budżetem (szpital otrzymywał dodatkowe środki), w stosunku do innych pacjentów. Ułatwiony dostęp do niektórych świadczeń specjalistycznych dla pacjentów kierowanych przez fundholderów – co odnotowywano dość szeroko – odbywał się często kosztem pozostałych pacjentów. Powodowało to wzrost nierówności, co – zwłaszcza po 1997 roku –

---

<sup>24</sup> S. Ellwood, *The Response of Fundholding Doctors to the Market. A study of the influence of market signals on GP fundholder referral patterns for in-patient and day-case procedures*, Research Reports, CIMA Publishing, London 1997.

<sup>25</sup> R. Klein, *The New Politics of the National Health Service*, Prentice Hall, London 2001, s. 197.

<sup>26</sup> D. Delnoij, G. Brenner, *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholder?*, *Health Policy*, 52, 2000:157–169.

było traktowane jako poważny mankament reformy<sup>27</sup>. Po stronie kosztów także należy wskazać bardzo znaczny wzrost obciążenia pracą lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem<sup>28</sup>.

### 3.2.4. Niemcy

Restrykcje związane z dystrybucją leków przyniosły bardzo szybkie rezultaty. Już w ciągu pierwszego półrocza po wprowadzeniu zmian liczba rekompensowanych recept zmniejszyła się o jedną piątą<sup>29</sup>. Po 1991 roku spadła zarówno liczba przepisywanych recept, jak i sprzedaż leków w ogóle<sup>30</sup>. Liczba recept zwiększyła się w 1995 roku, a następnie powtórnie spadła. Podkreślić jednak należy, że reformatorzy nie poprzestali na zmianie przepisów, ale uzupełnili ją całą baterią bodźców ekonomicznych, wzmocnili mechanizm nadzoru profesjonalnego, angażując do niego autorytety medyczne, przeprowadzili bardzo intensywną kampanię informacyjną.

## 3.3. Wspólne narzędzia

Wielu badaczy potwierdzało zjawisko swoistej konwergencji, do której prowadziły wysiłki reformatorskie lat 90. Miało ono polegać na podejmowaniu wspólnych problemów – wykorzystywanie mechanizmu rynkowego (rynek wewnętrzny) albo koncepcji podstawowego koszyka, to najczęściej podawane przykłady<sup>31</sup>. Jednocześnie następował proces przejmowania przez systemy cech zaczerpniętych z modeli traktowanych w przeszłości jako całkowicie obce – regulacje i zarządzanie w modelach rynkowych oraz konkurencję w modelach publicznych<sup>32</sup>. Jeden z badaczy pisał, że system brytyjski, wprowadzając zasady wewnętrznego rynku, podlega zaawansowanej amerykańizacji<sup>33</sup>.

---

<sup>27</sup> R.H. Corney, *Links between mental health care professionals and general practices in England and Wales: the impact of GP fundholding*, *The British Journal of General Practice*, 46(405), 1996:221–224.

<sup>28</sup> B. Leese, N. Bosanquet, *Changes in general practice organization: survey of general practitioners' views on the 1990 contract and fundholding*, *The British Journal of General Practice*, February, 46(403), 1996:95–99.

<sup>29</sup> K.-D. Henke, M.A. Murray, C. Ade, *Global budgeting in Germany: Lessons for the United States*, *Health Affairs*, (13)4, 1994:7–21.

<sup>30</sup> D. Delnoij, G. Brenner, *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholder?*, *Health Policy*, 52, 2000:157–169.

<sup>31</sup> J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:1–16.

<sup>32</sup> W.C. Hsiao, *Abnormal economics in the health sector*, *Health Policy*, 32, 1995:125–139.

<sup>33</sup> D. Mechanic, *The Americanization of the British National Health Service*, *Health Affairs*, Summer 1995:51–67.

### 3.3.1. Wczesne wnioski

W analizie doświadczeń reformatorskich przeprowadzonych przez OECD w siedemnastu krajach członkowskich i wykorzystując wyniki uzyskane wcześniej w siedmiu krajach, sformułowano wnioski o daleko idących podobieństwach reform przeprowadzanych na początku lat 90.<sup>34</sup> Co więcej, sformułowano hipotezę o linearnym rozwoju koncepcji i przedsięwzięć reformatorskich, który polega na tym, że kraje wkraczające później na drogę zmian podejmują wątki rozwijane wcześniej w krajach bardziej zaawansowanych. Odmienności treści reformatorskich nie byłyby zatem zróżnicowaną odpowiedzią na odmienne sytuacje, ale raczej wcześniejszym, lub późniejszym, etapem procesu reformatorskiego. Poniżej przedstawione są główne problemy, które miały świadczyć o podobieństwie reform w krajach rozwiniętych.

- Metody alokacji oparte na ocenie potrzeb (wskaźniki umieralności, zachorowalności, struktura demograficzna, stosowane jak w klasycznym systemie RAWP w Wielkiej Brytanii).

- Kontraktowanie świadczeń poza systemem publicznym, ale finansowanych w ramach gwarantowanego zakresu.

- Opłaty pacjentów, stosowane bardziej jako mechanizm sterowania korzystaniem.

- Dodatkowe opłaty za korzystanie z porad lekarza prywatnego współpracującego z systemem publicznym.

- Działania poprawiające efektywność w skali mikro (obniżanie kosztów osiągnięcia pożądanego skutku, zapewnianie większego zadowolenia pacjentów i ich rodzin, skracanie czasu i zmniejszanie kosztów podróży pacjentów i ich rodzin, zmniejszanie kosztów administracji i regulacji, zachęcanie do postępu w technologii i organizacji).

- Wybory usługodawcy dokonywane przez pacjentów, co tylko niekiedy wpływa na przepływ środków finansowych.

- Zmiany w sposobach wynagradzania usługodawców, mające na celu zwiększenie bodźców proefektywnościowych w systemie (globalne budżety szpitalne, finansowanie szpitali oparte na przypadkach, w których wykorzystywano system grup diagnostycznych (DRG), mieszane wynagradzanie lekarzy – pensja, *fee-for-service*, kapitacja, limity w systemach *fee-for-service*, skale wartości pracy w systemach *fee-for-service*, referencyjne ceny leków (niekiedy wymaganie od pacjentów pokrycia kosztów leków powyżej przyjętej ceny referencyjnej).

- Alternatywne – wobec szpitalnej – formy opieki.

- Wspieranie i rozwój konkurencji (lekarz rodzinny dysponujący budżetem, konkurencja między płatnikami w ramach publicznego systemu, oddzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy, samodzielny szpital).

---

<sup>34</sup> *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1992; *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1994.

Za najbardziej znaczącą i powszechnie występującą zmianę uznano odchylenie od modelu zintegrowanego, na rzecz modelu „publicznego kontraktu”, w którym dysponent publicznych środków zawierał umowę z efektywnym świadczeniodawcą. Model kontraktowy wydawał się najbardziej odpowiedni w dążeniu do efektywności w skali mikro, zaś doświadczenie reformatorskie dostarczało przesłanek, że mógłby być także wykorzystany do poprawy efektywności w skali makro.

B. Abel-Smith i E. Mossialos, analizując reformy prowadzone w krajach UE, również wskazywali ich podobieństwo<sup>35</sup>. Wszędzie, poza Grecją, zmierzano w nich do zacieśnienia kontroli nad wydatkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną. Nie tylko wspólny cel był wspólny, także stosowane metody wykazywały daleko idące podobieństwo. Najczęściej stosowanym narzędziem były pułapy wydatków nakładane już to na całe budżety, już to na ich najbardziej znaczące części (główne kategorie wydatków). Metodę tę stosowały nie tylko kraje, w których wprost stosowano metody budżetowe finansowania opieki zdrowotnej, ale także kraje, gdzie działały – formalnie niezależne – instytucje ubezpieczeniowe. Jedną z kategorii wydatków, na które zwracano szczególną uwagę były te przeznaczane na opiekę szpitalną, inną – wydatki na płace personelu. Próby wpływu na poziom wydatków były wspierane wieloma mechanizmami, które miały prowadzić do ich racjonalizowania. Promowano alternatywne, wobec szpitalnej, formy opieki – prowadzone ambulatoryjnie zabiegi chirurgiczne, rozbudowa instytucji opiekuńczych. Powszechnie wprowadzano opłaty wnoszone przez pacjentów albo podnoszono ich wysokość, choć nigdzie w krajach europejskich, poza Francją, nie stawały się bardziej znaczącym źródłem finansowania. Próbowano też – w niewielkim stopniu – ograniczać zakres świadczeń pokrywanych przez publicznego płatnika. Innym obszarem, na który zwracano baczną uwagę była konsumpcja leków. Próbowano wpływać na liczbę i ceny leków dostępnych na rynku, kształtować preskrypcyjne zachowania lekarzy i nakłaniać ich do bardziej racjonalnego przepisywania leków, także przez stosowanie wyników badań ich efektywności, stosowano obniżanie dopłat do leków, lub przeznaczano niektóre leki do wolnej sprzedaży. W wielu krajach już wcześniej wprowadzono kontrolę dostępu do studiów medycznych, w czasie reform zmniejszano limity studentów. Kontrolowano rozwój szpitali, zarówno w sensie lokalizacji i budowy obiektów, jak i nadzoru nad ich wyposażeniem w drogą aparaturę. Nadal posługiwano się przy tym bardziej narzędziami planistycznymi niż rynkowymi. Jednocześnie w wielu krajach posługiwano się koncepcjami rynkowymi i powszechnie starano się wprowadzać niektóre ich elementy, np. rozdział funkcji świadczeniodawcy i płatnika, konkurencja na wewnętrznym rynku.

W dokumencie europejskiego Zgromadzenia Regionalnego WHO w 1995 roku napisano, że:

---

<sup>35</sup> B. Abel-Smith, E. Mossialos, *Cost containment and health care reform: a study of the European Union*, Health Policy, 28, 1994:89–132.

„Wiele problemów takich, jak ograniczanie kosztów, rola rządów i jakość opieki to wspólne problemy większości programów reformy opieki zdrowotnej”<sup>36</sup>.

W analizie M. Defever, także dotyczącej krajów europejskich, znalazła się teza, że niewątpliwym podobieństwom współtowarzyszy tendencja zmierzająca do zachowania specyficznych cech poszczególnych systemów<sup>37</sup>. To interesujący wniosek, który mógłby świadczyć o tym, że podobne narzędzia mogą służyć do rozwiązywania odmiennych problemów, wynikających ze specyfiki poszczególnych systemów.

### 3.3.2. Dostrzegani e różnic

Z czasem badacze większą uwagę zaczęli poświęcać różnicom występującym w poszczególnych reformach. Traktowano je jako następstwo odmiennych diagnoz, ale także odmienności sytuacji politycznej, która sprawiała, że rozmaicie układały się wpływy wywierane przez poszczególnych aktorów procesu decyzyjnego<sup>38</sup>. Częściowo było to następstwem odmiennych interesów, ale częściowo także różnego znaczenia, jakie aktorzy przypisywali podstawowym celom reform: sprawiedliwości oraz efektywności na poziomie mikro i makro. Tradycyjnie, środowiska biznesu i ich polityczni reprezentanci są skłonni przykładać mniejszą wagę do tego pierwszego celu, co tłumaczone było na treść przedsięwzięć reformatorskich. Z drugiej strony, podobieństwa reform mogły wynikać z ideologicznej bliskości autorów. Rządy prawicowe znacznie większą wagę przypisywały mechanizmom rynkowym, upatrując w nich źródła efektywności, nawet za cenę zachowania lub pogłębienia nierówności w zdrowiu i dostępie do opieki zdrowotnej. Orientacja taka sprzyjała też łatwiejszej akceptacji haseł prywatyzacyjnych. Szczególnym przykładem „podobieństwa ponad podziałami” były propozycje wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych praktycznie we wszystkich krajach posocjalistycznych. Oczywiście, można stawiać tezę, że we wszystkich tych krajach sytuacja była „dostatecznie podobna”, by wariant ubezpieczeniowy wyglądał tam bardzo atrakcyjnie, ale – wydaje się – że o powszechnej jego akceptacji zdecydowały czynniki polityczne i emocjonalne, także pamięć instytucjonalna, a nie merytoryczne.

Idąc wspomnianym tropem, R. Saltman, wykorzystując swoją koncepcję poziomów procesu reformatorskiego postawił tezę, że generalna odpowiedź na pytanie o podobieństwa i różnice nie jest możliwa, bowiem odpowiedzi dotyczące poszczególnych poziomów muszą być różne<sup>39</sup>. Poza tym, elementy podobieństw

---

<sup>36</sup> Cytowane za: L. Epstein, *The Role of Government in the Promotion of Quality in Health Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:413–423.

<sup>37</sup> M. Defever, *Health care reforms: the unfinished agenda*, Health Policy, 34, 1995:1–7.

<sup>38</sup> *New Directions in Health Care Policy*, Health Policy Studies, No. 7, OECD, Paris 1995.

<sup>39</sup> R.B. Saltman, *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:69–74.

i różnic współwystępują, odpowiedź pretendująca do jednoznaczności musiałaby być opatrzona licznymi zastrzeżeniami. Jeśli jednak wskazywać tendencję dominującą, to wybór autora padał raczej na dywergencję. Występowała ona wyraźnie na najwyższym poziomie, na poziomie kategorii społecznych. Po pierwsze, między USA a resztą krajów rozwiniętych w tej sprawie istniała i utrzymywała się zasadnicza różnica. W Stanach przeważał agresywny indywidualizm, stosowany także na terenie sektora zdrowotnego, gdzie świadczenia mogły być traktowane jako dobro rynkowe. W Europie i innych krajach (Kanada, Australia) stosowano zasadę solidarności, która pozwalała traktować dostęp do opieki zdrowotnej jako prawo obywatelskie, zaś ją samą jako dobro publiczne. Ale także między krajami europejskimi można było dostrzec istotne różnice co do fundamentalnych zasad organizowania życia zbiorowego. Dobrym przykładem jest kategoria bezpieczeństwa, traktowana priorytetowo w Szwecji, i kategoria porządku, której szczególne znaczenie przyznaje się w Niemczech. Reformy opieki zdrowotnej nie przyniosły żadnego zbliżenia w tych sprawach, trudno zresztą zakładać, że tak głębokie zmiany mogłyby zaistnieć w okresie tak krótkim, jak czas realizowania reform. Na drugim poziomie, kategorii politycznych, obraz jest znacznie bardziej zróżnicowany. Daje się dostrzec podobieństwo w zakresie wyboru pewnych strategii reformatorskich, i to zarówno w treści stosowanych koncepcji, jak i na poziomie wdrożeń. Zbieżność poczynań, przynajmniej w pewnym zakresie, z pewnością w tej sferze istniała, podobnie jak w sferze słownictwa i stosowanej retoryki. To zapewne ta zbliżona werbalizacja problemów i programów ich rozwiązywania wywoływała wrażenie daleko idącej konwergencji. Ale już w sferze sposobu rozkładania akcentów w poszczególnych programach i doborze problemów jako priorytetowych sąd o podobieństwach jest złudny. I tak, o ile prawie wszędzie powoływano się na wartość konkurencji, to miejsca i sposoby jej zastosowania były w różnych krajach różne. W USA i częściowo w Niemczech konkurencja była stosowana po stronie płatników i pacjenci mieli wybierać preferowanego ubezpieczyciela (w Holandii, gdzie sformułowano jeden z najwcześniejszych projektów wykorzystania konkurencji wśród płatników, mechanizm ten długo nie został wdrożony). W pozostałych krajach, które chciały ją stosować, konkurencja dotyczyła świadczeniodawców i wybory pacjentów miały co najwyżej pośredni wpływ na ich położenie. Jeżeli zatem można mówić o zjawisku konwergencji, to raczej w stosunku do pewnych grup krajów, a nie w stosunku do całego procesu reformatorskiego, przy czym dobór kryterium wyodrębnienia mógłby napotykać na przeszkody. Nie jest bowiem łatwo odpowiedzieć na pytanie, dlaczego dwa kraje o utrwalonym systemie ubezpieczeniowym zdecydowały się na stosowanie konkurencji między płatnikami – Niemcy i Holendrzy – a inne kraje, mające tę samą tradycję – Austria, Belgia – z mechanizmu takiego zrezygnowały. Na trzecim poziomie analizy – kategorii technicznych (mechanizmów) sytuacja wydaje się bardziej jednoznaczna. Ponieważ ich przydatność podlega kontroli naukowej, uzyskanie pewnej zgody badaczy pozwala na zgodne aplikacje zweryfikowanych rozwiązań. Jednak i na tym polu można znaleźć wyraźne różnice i opi-



nie, mimo że wszyscy mogą korzystać z tych samych ustaleń naukowych. Punktem spornym pozostawał problem udziału bezpośrednich opłat pacjentów w finansowaniu opieki zdrowotnej. W niektórych krajach – Wielka Brytania, Kanada – praktykę taką uznaje się za niemożliwą do zaakceptowania. W innych krajach – wiodącym przykładem są USA, ale także we Francji – opłaty są traktowane jako wygodne narzędzie finansowania i sterowania popytem.

Saltman konfrontował swoje oceny reform z doświadczeniami wybranej grupy krajów – krajów nordyckich. Występowało między nimi bardzo duże podobieństwo fundamentalnych wartości. Wartości takie, jak: egalitaryzm, sprawiedliwość, bezpieczeństwo socjalne, poczucie wspólnoty i wspólnej odpowiedzialności były akceptowane powszechnie. Ale już na poziomie politycznym występowały różnice w interpretacji zasad decentralizacji, za którą optowały wszystkie kraje, ale przyznając różne role podstawowym jednostkom administracyjnym. Istotnie zróżnicowana była intensywność retoryki reformatorskiej, bardzo słaba w Danii, która wręcz niechętnie przyznawała się do prowadzenia reform. Jak wszędzie, największe podobieństwo występowało wśród stosowanych narzędzi technicznych.

## 3.4. Doświadczenia dotyczące procesu

### 3.4.1. Konsekwencje politycznych uwikłań

Doświadczenia wszystkich krajów potwierdzało bliskie – choć nie zawsze bezpośrednie, a niekiedy pogmatwane – związki między procesem politycznym, ideologiami akceptowanymi przez głównych aktorów biorących w nim udział oraz treścią i stylem przeprowadzanych zmian. W Niemczech w 1998 roku, kiedy do władzy doszedł rząd socjaldemokratów i zielonych zrezygnowano z wprowadzonych wcześniej narzędzi rynkowych (dopłaty) oraz rozwijania konkurencji. Istniał bezpośredni związek między rynkowymi koncepcjami i projektem reformy brytyjskich konserwatystów, przedstawionym i wdrażanym na przełomie lat 80. i 90., choć należy dostrzec uszanowanie i przejęcie podstawowych zasad budowy NHS, które ideologicznie były konserwatystom obce. Nadzieje związane z udziałem sektora prywatnego w działaniach NHS też były motywowane ideologicznie, bez empirycznych dowodów. Z kolei zwycięstwo Labour Party w 1997 roku gruntownie odmieniło podstawowe koncepcje reformatorskie – nawet „nowa” lewica nie mogła tolerować rynku i konkurencji jako sił napędowych systemu i odrzuciła je bez przeprowadzania dowodu braku ich przydatności, chociaż starała się kontynuować stosowanie rozwiązań uznanych za efektywne. Do nich należała separacja płatnika i świadczeniodawcy, łączonych relacją umowną, a także włączania lekarzy w świadomie podejmowane decyzje finansowe. Wprowadzenie instytucji Grup i Trustów Opieki Podstawowej było traktowane raczej jako rozszerzenie zasady fundholdingu, a nie jego likwi-

dacja, jako mechanizmu rynkowego. W Szwecji rząd prawicowy sprawował władzę między 1991 a 1994 rokiem i wtedy też wprowadzono możliwość stosowania zróżnicowanych rozwiązań na poziomie okręgów, w których korzystano z zasady rozdziału płatnika i świadczeniodawcy. Choć oba te podmioty były najczęściej składnikami sektora publicznego, traktowano to jako budowę wstępnych warunków wprowadzania konkurencji jako mechanizmu stymulującego efektywność, niemniej działającego w ramach publicznej odpowiedzialności. Widocznym przejawem bardziej ideologicznej inspiracji była zapewne krótka przygoda stosowania zachęt wobec prywatnych świadczeniodawców: w 1994 roku rząd prawicowy wprowadził pakiet zachęt do otwierania prywatnych praktyk, rok później rząd socjaldemokratyczny doprowadził do jego zniesienia. Z drugiej strony warto dostrzec, że rozwój sektora prywatnego trwał tam także pod rządami socjaldemokracji, co może świadczyć albo o tolerowaniu procesów niezgodnych z politycznym programem, albo o słabości władzy, niezdolnej do przeciwdziałania zjawiskom niechcianym. W Holandii jedna z najciekawszych koncepcji łączenia metod rynkowych z publiczną odpowiedzialnością została w istocie rozmyta w toku długotrwałych przetargów politycznych, kiedy to kolejne kampanie wyborcze, w których problem zakresu świadczeń gwarantowanych stał się przedmiotem sporu, uniemożliwiły jego efektywne wdrożenie. Interesujące, że stało się to bardziej w wyniku standardowych zachowań politycznych partii – dążenie do pozyskania głosów – a mniej w powiązaniu ze stabilnie deklarowanymi wartościami.

Niektórzy autorzy zwrócili uwagę na inne jeszcze zależności między procesem politycznym a treścią wdrażanych reform<sup>40</sup>. W pierwszej fazie reform rozwiązania rynkowe były traktowane jako najbardziej obiecującą metoda przekształcania sektorów zdrowotnych, prowadząca do poprawy efektywności, wzrostu satysfakcji pacjentów i pozwalająca maksymalizować efekty zdrowotne. Za nadziejami takimi nie stały dowody empiryczne. Zasadne jest raczej postawienie tezy o istnieniu mody, nie tylko mody reformowania w ogóle, ale także reformowania poprzez wprowadzanie narzędzi rynkowych. Charakterystyczne było, że w wielu przypadkach (Szwecja, Nowa Zelandia) koncepcje takie uzyskiwały szerokie poparcie, zdobywając także sympatię partii lewicowych. W atmosferze rozbudzonych oczekiwań pomijano wysokie prawdopodobieństwo konfliktów, nieuchronnie związanych ze strukturą wyznaczanych przez reformatorów celów: obniżaniem kosztów, zwiększeniem produktywności i likwidacją lub istotnym skróceniem list oczekujących, wzmocnieniem pozycji pacjentów i poprawą sytuacji świadczeniodawców. Tylko w rzadkich przypadkach niektóre środowiska polityczne do końca zachowywały rezerwę wobec proponowanych rozwiązań (Wielka Brytania). Kiedy dochodziło do wdrożenia i faktycznie uzyskiwane efekty mogły stać się przedmiotem bardziej systematycznej analizy, początkowy entuzjazm zwykle słabł. Pozytywne skutki – choć zwykle w jakiejś przynajmniej części występowały – okazywały się zwykle mniej zna-

---

<sup>40</sup> M.I. Harrison, J. Calltorp, *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*, Health Policy, 50, 2000:219–240.

czące, niż oczekiwano. Ale szczególnie dotkliwy okazał się koszt uzyskanej poprawy, zwłaszcza koszt społeczny. Rynkowe mechanizmy, także konkurencja, prowadziła do wzrostu różnicowań między różnymi grupami pacjentów, co w krajach – w większości akceptujących wartości egalitarne – wzbudzało sprzeciw. Nawet jeśli problem wartości nie stał się przedmiotem ostrego sporu, kwestią pozostawał zakres politycznego poparcia dla partii, która dopuszczała do wzrostu społecznych różnic. Zmiany w organizacji i finansowaniu prowadziły do wzrostu kosztu obsługi systemu, kiedy w miejsce dużych budżetów pojawiały się indywidualnie zawierane umowy, poprzedzone długim procesem negocjacji, przy wykorzystaniu szczegółowej, nigdy w przeszłości niewykorzystywanej informacji (koszty transakcyjne). Barierą był z reguły wzrost obciążeń spadających na pracowników sektora zdrowotnego, wynikający z poddania ich konkurencyjnej presji, albo poprzez zwiększenie zakresu obowiązków organizacyjnych i zarządczych. Elementem społecznego kosztu były także zmiany w układzie władzy, bo chociaż ze zmian tych ktoś odnosił korzyść, to jednak samo przesuwanie sfer władzy i wpływów oddziaływało – przynajmniej przejściowo – na dezorganizację systemu. Wszystkie te czynniki ujawniały liczne konflikty między grupami aktorów, uczestniczącymi w działaniu sektora. Stawało się wyraźnie widoczne, że wdrażane zmiany prorynkowe niektórym z nich przynoszą znacznie większe korzyści, podczas gdy inni narażeni są na straty. Perspektywa strat pobudzała do sprzeciwu, własny interes był silnym motywatorem, ale sprzeciw był także uzasadniany nie dość przekonującą korzyścią społeczną. Zwrot ku poszukiwaniu nowych rozwiązań był także wzmacniany wygaśnięciem mody na rozwiązania rynkowe i nadejściem nowej fali koncepcyjnej, w której kluczowe kategorie to kooperacja i współpraca (*networking*), a także regionalizacja.

### 3.4.2. Doświadczenia amerykańskie

W jednym z opracowań napisano, że podstawową nauką płynącą z prób wprowadzenia reformy Clintona jest teza, że pierwszym warunkiem powodzenia jest kształt procesu decyzyjnego i instytucji, które go realizują<sup>41</sup>. Od tego muszą zacząć reformatorzy, jeśli chcą, by efektem ich wysiłku nie była kontynuacja dotychczasowych przetargów o partykularne korzyści. Dopiero, mając wystarczający stopień prawdopodobieństwa, że niesprawność decyzyjna nie zablokuje zmian – co niekiedy wymaga bardzo twardych rozstrzygnięć – można przystąpić do ustalania treści zmian. Ponieważ głębsze zmiany systemu są zwykle mało realne, bardziej realistyczne mogą być małe zmiany częściowe, które – chociaż nie przyniosą szybkiej i wyraźnej poprawy – nie zmobilizują sił licznych przeciwników.

---

<sup>41</sup> S. Steinmo, J. Watts, *It's the Institution, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20(2), Summer 1995:329–372.

Podsumowując niektóre wczesne doświadczenia reformatorskie z perspektywy amerykańskiej, M. Reich przedstawił różne uwarunkowania procesu reformatorskiego<sup>42</sup>. Po pierwsze, wskazał zespół czynników politycznych, które zwiększają prawdopodobieństwo przygotowania i wdrożenia dużej reformy sektora zdrowotnego. Są one przede wszystkim związane z rytmem życia politycznego i zachodzącymi w jego ramach wydarzeniami. Mimo że sprawy zdrowia zwykle nie znajdują się wysoko na listach najważniejszych spraw, którymi zajmuje się rząd – zwykle jako priorytety traktuje się kwestie ekonomiczne, zwłaszcza bezrobocie – to różne czynniki polityczne sprawiają, że reforma zdrowotna staje się możliwa. Ma to miejsce wtedy, kiedy zachodzące wydarzenia – zbliżające się wybory, kongres partii rządzącej lub opozycyjnej, kryzys parlamentarny i jego przezwyciężanie – otwierają możliwości, lub wręcz prowokują, podjęcie spraw dotyczących sektora zdrowotnego. Możliwe jest wtedy wprowadzenie idei reformatorskich do publicznej dyskusji politycznej – opinia publiczna zaczyna je wtedy postrzegać jako problem – a poszczególne grupy, potencjalnie dotknięte skutkami reformy, zaczynają rozważać jej pozytywne i negatywne konsekwencje. Dla rządzących otwiera to szansę wystąpienia w roli organizatorów procesu prowadzącego do rozwiązania ważnych problemów, a jednocześnie wpływania na jego przebieg zgodnie z oczekiwaniami własnego elektoratu. Sukces przedsięwzięcia wzmacnia pozycję ugrupowań, które zainicjowały i przeprowadziły reformę. Silna, spójna koalicja zwiększa prawdopodobieństwo efektywnego przygotowania projektu i przezwyciężania oporów, tak w fazie preparacji, jak i wdrożenia. Koszt zmiany jest wtedy mniejszy, niż w warunkach, kiedy niezbędne jest poszukiwanie sojuszników poza własnym obozem politycznym. Konieczność uzgadniania projektu z politykami hołdującymi innym wartościom musi prowadzić do licznych kompromisów, które stępią spójność pierwotnej wizji (zakładając, że udało się taką wypracować), albo powodują koncesje na innych polach, co osłabia całą politykę prowadzoną przez ugrupowania rządzące. Po drugie, analizy wskazują, że możliwe jest przewidywanie zachowań niektórych aktorów uczestniczących w procesie reformatorskim. Jednym z nich jest środowisko lekarzy, zwłaszcza kiedy występują jako zorganizowana grupa nacisku. Na podstawie analizy wielu sytuacji można przewidywać ich reakcje na propozycje, które zmieniają ich pozycję w systemie, szczególnie zmiany mechanizmów wynagradzania, mogące prowadzić do obniżenia ich dochodów. Nie są to ogólne predykcje oparte na interpretacji ogólnych twierdzeń na temat obrony interesów grupowych, lecz obserwowane realnie reakcje. Jeśli tak, to generalna rekomendacja pod adresem reformatorów powinna zawierać postulat, by w projekcie zmian znalazło się miejsce na specyficzne strategie już to pozyskiwania współpracy, już to przezwyciężania oporu grup niezadowolonych z przygotowywanych i wdrażanych reform. Po trzecie, można twierdzić, że ponieważ proces polityczny, poprzez który reformy zdrowotne są przygotowywane jest dynamiczny i zmienny, to można nań oddziaływać w taki

---

<sup>42</sup> M.R. Reich, *The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:47–77, s.73 i n.

sposób, by promować okoliczności sprzyjające reformie i osłabiać bariery i przeszkody. Nie jest więc tak, że negatywna diagnoza politycznych okoliczności wpływających na prawdopodobieństwo powodzenia reformy zdrowotnej musi jednoznacznie prowadzić do wniosku o konieczności jej zaniechania. Być może – i powinno to być traktowane jako kolejny etap diagnozy – konieczne jest podjęcie pewnych zabiegów wstępnych, które doprowadziłyby do zmiany tych okoliczności. Pierwszą, zdroworozsądkowo dostępną metodą postępowania jest pozyskanie sojuszników wśród przedstawicieli partii politycznych niebędących zdeklarowanymi przeciwnikami przygotowywanych propozycji. Jednak możliwe jest także zastosowanie narzędzi bardziej subtelnych, które w literaturze zyskały miano „politycznego mapowania” (*political mapping*)<sup>43</sup>. Wielu badaczy uważa, że metoda ta może wyraźnie zwiększyć szanse skutecznego przygotowania i wdrożenia reformy – albo przynajmniej bardziej precyzyjnego rozumienia okoliczności, w jakich jest prowadzona – w ramach procesu politycznego. Pozwala zidentyfikować problemy, które mogą stawać się przedmiotem kontrowersji, ustalić listy uczestników procesu, których sytuacja będzie się zmieniać pod wpływem reformy, interesów tych grup oraz ich prawdopodobnych reakcji. Ustalenia takie umożliwiają rozeznanie, kto jest zdeklarowanym wrogiem, kto aktualnym sojusznikiem, czyją współpracę można pozyskać (także za jaką cenę), a czyj sprzeciw można przynajmniej zneutralizować.

### 3.4.3. Doświadczenia europejskie

W opracowaniu będącym syntezą europejskich doświadczeń reformatorskich, G. Walt podsumowała czynniki, które można traktować jako warunki skutecznego (efektywnego) prowadzenia procesu<sup>44</sup>. Na pierwszym miejscu autorka wymieniła posiadanie wystarczającej wiedzy i informacji, zarówno na temat sytuacji zastanej, będącej przedmiotem zmian, mechanizmów, które powinny być wdrożone, jak i na temat samej zmiany. Im dokładniejsza jest to wiedza, im mniej luk informacyjnych, tym łatwiejsze działania reformatorskie. Czynniki drugi, to możliwie wąski zakres przeprowadzanej zmiany. Im jest ona bardziej ograniczona, tym mniejszy zasięg skutków, tym mniejsze obawy co do możliwości do poniesienia strat, tym mniejsze obawy przed nieznanym, słabszy opór wobec zmiany. Na trzecim miejscu można wymieniać liczbę zaangażowanych aktorów. Tak po stronie podmiotów czynnie przygotowujących i wdrażających reformę, jak i po stronie podmiotów poddanych skutkom zmian, może się znaleźć mniejsza lub większa ich liczba. Reforma jest tym łatwiejsza, im mniejsza liczba aktorów. Musi być to jednak powiązane z jej treścią i zakresem, a nie może wynikać z celowego pomijania współpracy z podmiotem, który może mieć

---

<sup>43</sup> M.R. Reich, *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy*, Harvard School of Public Health, Boston 1994.

<sup>44</sup> G. Walt, *Implementing health care reform: a framework for discussion* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellariades, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:365–384.

istotny wpływ na przebieg zdarzeń. Czwarty czynnik to jasność i jednoznaczność deklarowanych celów. Ten oczywisty warunek często jednak bywa trudny do zrealizowania, bo sama natura systemu zdrowotnego – a w konsekwencji jego reformy – sprawia, że realizuje on zawsze wiele celów, które mogą być między sobą niezgodne, a nawet konfliktowe i sprzeczne (jak sprawiedliwość i efektywność). W związku z tym, należy się pogodzić, że niektóre konflikty między celami są nie do uniknięcia, ale tak budować proces, by składał się on z logicznie wyodrębnionych i wewnętrznie spójnych elementów. Tak rozumiana jednoznaczność celów z pewnością ułatwia proces reformatorski. Na piątym miejscu znalazła się sprawa szybkości wdrożenia. Twierdzić można, że im bardziej skoncentrowane są prace przygotowawcze i wdrożeniowe, tym większa skuteczność działań. Im szybszy proces, tym mniej szans na budowanie opozycji w czasie, kiedy nowy mechanizm jeszcze nie działa i tym mniej możliwości, by wrogo nastawieni udziałowcy mieli okazję zmienić sens wprowadzanych w życie rozwiązań.

Pozostając w tym samym nurcie rozważań, T. Rathwell analizował wpływ sytuacji rządu w układzie władzy na efektywność procesu reformatorskiego<sup>45</sup>. Podawał przykład Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii, gdzie silne, jednopartyjne rządy były w stanie przygotować i wprowadzić w życie zakrojone na dużą skalę reformy, mimo dyssatisfakcji i oporu środowisk profesjonalnych. Również zwartość rządu Kanady pozwoliła na skuteczne przeprowadzenie dużych zmian. Kraje, w których istniały rządy koalicyjne, znalazły się w dużo trudniejszej sytuacji, co polegało na konieczności zawężenia zakresu przeprowadzanych zmian, a ponadto wymagało przezwyciężania licznych barier w fazie opracowywania i wdrażania koncepcji. Autor wymienił Finlandię, Niemcy, Holandię i Szwecję, jako kraje, w których koalicyjne rządy zmuszone były do samoograniczeń niezbędnych do uniknięcia zbyt dużego ryzyka politycznego, które powstawałoby, gdyby upierano się przy zmianach radykalnych.

Ten sam autor zwracał uwagę na problem jednolitości stylu zarządzania i podejmowania decyzji, panującego w różnych ogniwach władzy i administracji, jako warunek efektywnych prac reformatorskich. Jeżeli dominuje tam styl autorytarny, wymuszający u podwładnych posłuch i bierność – co może być następstwem bądź to cenionej tradycji biurokratycznej, jak można twierdzić o systemach niemieckiego obszaru językowego, bądź zaszczości historycznych, jak miało to miejsce w krajach posocjalistycznych – to wdrażanie mechanizmów wymagających rozwijania swobodnej inicjatywy musi napotykać na trudności. Między wymogami niezbędnymi do sprawnego funkcjonowania nowych rozwiązań a psychologicznymi dyspozycjami ludzi uczestniczących w działaniu zreformowanego systemu musi być zachowana wystarczająca odpowiedniość. Jednocześnie istnienie pewnego typu instytucji wydaje się niezbędne do prac nad reformą, niezależnie od tego, jaka ma być ich treść. Jedną z takich instytucji

---

<sup>45</sup> T. Rathwell, *Implementing health care reform: a review of current experience* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellariades, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:385–399.

wyduje się być niezależna administracja – służba cywilna – która byłaby w stanie samodzielnie pracować nad koncepcjami przygotowanymi przez ekspertów i aprobowanymi przez polityków. Prace te powinny być zabezpieczone przed bezpośrednią ingerencją różnych ośrodków władzy i grup dążących do załatwienia swoich interesów, przez modyfikację szczegółowych rozwiązań reformatorskich. Niezależnie bowiem od postulatów – czy możliwości – tworzenia struktur powoływanych do życia wyłącznie w celu prowadzenia prac reformatorskich, to większość wchodzących w jej skład niezbędnych działań musi być realizowana przez instytucje administracyjne. Zatem jakość ich pracy, zgodna ze standardami *civil service* jest z reguły decydująca dla powodzenia przedsięwzięcia, które – niezależnie od wartości idei przewodnich – musi mieć zapewnione sprawne zaplecze techniczne.

Niekiedy analiza doświadczeń dostarczała niejednoznacznych wniosków co do związków między zakresem przeprowadzanych zmian a efektywnością ich wdrożenia. Jej autorzy napisali co następuje:

„Wydaje się trudne jednoczesne zajmowanie się wszystkimi celami polityki zdrowotnej: kontrolą kosztów, relacją koszt–efekt, wysoką jakością i równym dostępem. Warto więc rozważyć bardziej skoordynowane podejście, które zawierałoby wszystkie ważne cele polityki zdrowotnej, a nie tylko oderwany od reszty wąski problem, który jest najbardziej palący w danym czasie”<sup>46</sup>.

Trudno byłoby sformułować rekomendacje na podstawie takiej opinii. Z jednej strony, oczywiste są trudności prowadzenia zmian dotyczących jednocześnie zbyt wielu kwestii. Lektura całego raportu, z którego zaczerpnięty został przedstawiony cytat potwierdzała takie przekonanie. Zmiany polityczne, brak konsekwencji przedstawicieli organów władzy, konflikty między wieloma aktorami były czynnikami utrudniającymi konsekwentne wdrażanie spójnego projektu. Jednocześnie w szwedzkiej rzeczywistości był pewien czynnik spajający różne przedsięwzięcia – była to szeroka zgoda co do nadrzędnych wartości, o której R. Saltman twierdził, że jest podstawą procesów reformatorskich. Nie wszyscy obserwatorzy szwedzkiej rzeczywistości zgadzali się jednak z poglądem, że była to siła wystarczająca do zagwarantowania wystarczającej spójności działań<sup>47</sup>.

### 3.4.4. Doświadczenia krajów przechodzących transformację

Analiza reformy w krajach przechodzących transformację również pozwoliła na wyciągnięcie wielu wniosków na temat uwarunkowań procesu<sup>48</sup>. Autorzy opracowania wskazali czynniki, które należy uwzględniać, planując zmianę – albo badając jej przebieg: kontekst, aktorów, efektywne zarządzanie (*steward-*

---

<sup>46</sup> *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s. 92.

<sup>47</sup> Poglądy Diderichsena przytaczałem w poprzednim rozdziale.

<sup>48</sup> J. Figueras, M. McKee, S. Lessof, *Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An Overview, A background paper prepared for USAID Conference*, Washington D.C. 29–31 July 2002.

*ship*), sterowanie wdrożeniem, stan dostępnych zasobów (*capacity*) ludzkich, instytucjonalnych i w dziedzinie zarządzania.

Kontekst był rozumiany jako historyczne doświadczenie kraju, także dotyczące stylu sprawowania władzy i stosunku do niej, jego dziedzictwo kulturowe i obyczaje. Wiele doświadczeń wskazuje, że to właśnie kontekst ma kluczowe znaczenie, kształtując zarówno treść propozycji reformatorskich, jak i ich społeczną recepcję. Proces transformacji otworzył nowe możliwości, kiedy rządy posiadające demokratyczną legitymizację mogły występować z propozycjami, które w innych warunkach nie mogłyby być zgłoszone. Jednak okres bezwarunkowego poparcia trwał bardzo krótko i wkrótce propozycje zmian były poddawane rygorystycznej ocenie, jako korzystne lub niekorzystne.

Elementem kontekstu były też zmiany zachodzące w różnych krajach i w skali międzynarodowej. Informacje o różnych przedsięwzięciach reformatorskich były rozpowszechnione i niektóre koncepcje zdobywały sobie szczególną popularność. Dochodziło też do swoistej „sprzedaży” niektórych rozwiązań jako szczególnie atrakcyjnych, przez kraje, które je tradycyjnie stosowały, bez brania pod uwagę specyfiki różnych systemów, a więc właśnie kontekstu, od którego zależała możliwość implementacji.

Jeden element kontekstu – prócz dziedzictwa systemu Siemaszki – był wspólny we wszystkich krajach przechodzących transformację: załamanie gospodarcze. Początki reform były szczególnie trudne nie tylko za względu na bariery zwykle występujące w reformach, trudności koncepcyjne i opór materii. Zmiany napotykały na szczególne trudności ze względu na drastyczny niedobór środków. Uwaga decydentów musiała się skupiać nie tylko na strategicznych zamierzeniach, ale częstokroć na zapewnieniu systemom szans przetrwania i zaspokajania elementarnych potrzeb. Uzyskane doświadczenia nie uzasadniają sądu, że w takich warunkach reformy nie są możliwe, ale przekonują o konieczności bardzo realistycznego wytyczania celów i stałego liczenia się z ograniczeniami. Szczególnie ważne jest zachowanie tych starych instytucji, które w nowych warunkach z pożytkiem mogą pełnić swoją rolę, co prowadzi do obniżenia społecznych kosztów reform.

Potwierdzona została przesłanka o bardzo ważnej roli różnych aktorów w wypracowywaniu koncepcji reformy i w ich wdrażaniu. Zwykle inicjatywa zmian wychodzi od polityków, których przekonanie o konieczności zmian jest często warunkiem wstępnym ich przeprowadzenia. W krajach przechodzących transformację brak woli politycznej – lub jej ograniczenia – wielokrotnie stawał się przyczyną niesprawności procesu reformatorskiego. Niekiedy jest to zrozumiałe, bo korzyści z przebudowy sektora zdrowotnego są dostrzegalne dopiero w długiej perspektywie, podczas gdy politycy potrzebują szybkich sukcesów. Zmienność ekip rządowych, także w sensie zmian personalnych, drastycznie utrudnia prowadzenie procesu. Jednym z wymiarów sytuacji wśród aktorów jest zdolność porozumiewania się wokół jednoczących spraw i tworzenia koalicji celem ich załatwienia. Aby to było możliwe, przydatna jest znajomość podobnych procesów realizowanych w innych krajach, częściowe albo pilotowe wdra-



zanie przygotowanych projektów, decentralizowanie uprawnień i angażowanie w reformę szerszych kręgów uczestników.

Mimo wielości aktorów wpływających na sektor zdrowotny nie wszyscy odgrywają równie dużą i wpływową rolę. W sytuacji przewidywanego konfliktu dobrze jest więc zwrócić uwagę na tych, którzy zajmują pozycje strategiczne i których opór może zniweczyć całe przedsięwzięcie. Takim aktorem jest zwykle środowisko pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy. Ich negatywny stosunek do reform niejednokrotnie przekreślał możliwości implementacji, albo istotnie wypaczał pierwotnie przyjęty kierunek przekształceń. Należy pamiętać, że opinia publiczna może także odgrywać strategiczną rolę. Nawet jeśli nie polega to na bezpośrednim kształtowaniu wdrażanych koncepcji, to określa ogólny klimat zmiany, a w rytmie życia politycznego formuje ekipy odpowiedzialne za prowadzenie kolejnej fazy zmian.

Pozornie oczywisty postulat przygotowania i organizowania procesu wdrożenia bardzo często bywał zaniedbywany w krajach regionu. Częstokroć autorzy zmian byli przekonani, że już przedstawienie pomysłu – w ich przekonaniu dobrego – jest wykonaniem podstawowej pracy reformatorskiej. Nadanie pomysłowi postaci aktu prawnego bywało uznawane za zwieńczenie procesu. Takie prozaiczne czynności jak: formułowanie i komunikowanie jasnej treści celów reformy, budowanie struktur prowadzących prace wdrożeniowe, jasne przydzielanie zadań i odpowiedzialności, uruchamianie różnych postaci zasobów – i wyznaczenie zadań, które za pomocą tych zasobów mogą być osiągnięte – skuteczne używanie różnych narzędzi zarządzania i motywowania (w tym instrumenty prawne i bodźce finansowe), zaplanowanie tempa i faz wdrażania, zapewnienie informacji i monitorowania, a więc elementarne wymogi efektywnego działania bardzo często bywały zaniedbane.

Rozważając błędy wdrożeń, autorzy analizy zwrócili uwagę na dwa problemy. Po pierwsze, na tworzenie prawa. Bardzo często reformatorzy pomijali kwestię niezbędnej długości procesu legislacyjnego i zmiana układu rządzącego przerywała ciągłość uchwalania norm. Jednocześnie, w prawie pokładano zbyt wiele ufności, traktując uchwalenie przepisów jako finał – i sukces – procesu reformatorskiego, zaniedbując – o czym była już mowa – całą fazę wdrożenia. Po drugie, problem zaplanowania procesu zmian w czasie. Pewne okoliczności były narzucone poprzez wydarzenia historyczne – jak samo wejście na drogę transformacji – i nie mogły być kształtowane przez reformatorów. W tym przypadku mieli oni jedynie możliwość wykorzystania powstałych sprzyjających okoliczności i niektóre kraje doszły do szybkich i głębokich zmian. Przyznać jednak trzeba, że umiejętność wykorzystania okoliczności nie zawsze szła w parze z jakością i spójnością wprowadzanych zmian i z reguły ich kierunek ulegał licznym zmianom, a nawet odwróceniu realizowanych wcześniej strategii. Biorąc pod uwagę te doświadczenia, a także to, że sprzyjające okoliczności historyczne już się prawdopodobnie nie powtórzą, szczególną uwagę należy przykładć do pragmatycznego rozłożenia procesu zmian w czasie. Łatwiejsze do prowadzenia są zmiany o ograniczonym zakresie – zmiany inkrementalne – i mogą

one prowadzić do głębokich i znaczących przekształceń, pod warunkiem jednak, że układają się w dostatecznie spójne sekwencje działań. Podejście takie nie jest jednak pozbawione ryzyka, zostawia bowiem czas przeciwnikom na mobilizację i organizowanie oporu. Tak więc ostatecznie, najbardziej właściwe podejście do reformowania zależy od specyfiki – kontekstu – sytuacji w każdym kraju reformującym swój sektor zdrowotny.

Omawiając wnioski płynące z doświadczeń krajów przechodzących transformację, należy podkreślić związek reform zdrowotnych z rozpoczynaną – i kontynuowaną w większości przypadków – przebudową ustrojową. W wielu analizach porównawczych autorzy zbyt łatwo koncentrują się na problemach technicznych – ich badanie jest łatwiejsze – co pozwala na wychwytywanie uniwersalnych cech procesów reformatorskich. Tymczasem w krajach posocjalistycznych problem przewycięzania niechcianego dziedzictwa, konieczność wprowadzenia istotnej zmiany, a zarazem potrzeba kontynuowania działań systemu zdrowotnego i możliwie niezakłóconego zaspokajania potrzeb, były wyzwaniem i zadaniem bez precedensu. O ile w większości inicjatyw podejmowanych w krajach zachodnich podstawowa definicja sprawiedliwości czy solidarności podlegała niewielkim tylko korektom, w warunkach transformacji należało te pojęcia definiować od podstaw, które to zadanie nie zostało na ogół zadowalająco podjęte, co doprowadziło do licznych trudności w czasie, kiedy następowała potrzeba konsolidacji reform.

## 3.5. Doświadczenia dotyczące treści reform

### 3.5.1. Model europejski

W latach 90. w krajach Europy Zachodniej społeczne poparcie dla reform opieki zdrowotnej było silne. Należy jednak podkreślić, że poparcie to udzielane było pewnemu specyficznemu zestawowi zasad, który istniał bardziej w świadomości obywateli, aniżeli w programach rządów wdrażających reformy. Bowiem wbrew silnej orientacji prorynkowej wczesnych projektów, oczekiwania społeczne nastawione były na model zawierający bardzo silne pierwiastki opiekuńcze. Były one na tyle mocno akcentowane, że można mówić o specyficznym modelu<sup>49</sup>. Wśród zasad charakteryzujących ten model wymienić można ustalenia następujące:

- opieka zdrowotna jako dobro społeczne (*social good*). Nigdzie w Europie nie ma zgody na jej traktowanie jako zwykłego dobra rynkowego, którego dostępność uzależniona jest od decyzji o jej zakupie. Jednocześnie podkreśla się, że dobra opieka jest czynnikiem podnoszącym poziom życia i wzmacnia więzi społeczne;

---

<sup>49</sup> R.B. Saltman, *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Systems, April 2002, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

– solidarność, zawierająca aspekt sprawiedliwości w korzystaniu ze świadczeń i w ich finansowaniu. W związku z tym akceptuje się transfery środków od grup lepiej sytuowanych do gorzej sytuowanych i od mniej potrzebujących do bardziej potrzebujących;

– obowiązkowe uczestnictwo. Niezależnie od tego, czy stosuje się formułę ubezpieczeniową czy budżetową, wszyscy powinni mieć tytuł uprawniający do korzystania (powiązanie ubezpieczenia z zatrudnieniem nie przekreśla możliwości objęcia praktycznie całej ludności odpowiednimi uprawnieniami);

– ścisła publiczna regulacja. Niezależnie od stopnia decentralizacji i zakresu autonomii – także w przypadku wybiórczego stosowania mechanizmów rynkowych – obowiązuje przestrzeganie bardzo precyzyjnych, a niekiedy uciążliwych norm. Władze publiczne na szczeblu krajowym i na szczeblach lokalnych mają z reguły silne uprawnienia kontrolne, ale w ramach również precyzyjnie ustalonych. Arbitralne decyzje nie są akceptowane;

– uczciwość zakotwiczona w społecznościach (*community-based fairness*), co oznacza akceptację potrzeb jako podstawowego kryterium dostępu i korzystania. W konsekwencji odrzuca się ideę otwierania indywidualnych kont, które służyłyby gromadzeniu oszczędności przeznaczanych na przyszłe wydatki zdrowotne;

– legitymizacja sektora publicznego. W wielu krajach – choć nie wszędzie – opieka zdrowotna jest traktowana jako część sektora publicznego. Korzysta zatem z tej samej formy legitymizowania, co administracja publiczna i cieszy się – w tym zakresie, w jakim jest utożsamiana z instytucją demokratycznego porządku – analogicznym poparciem i szacunkiem.

Przedstawiony zestaw cech można uznać za charakterystyczny dla tradycyjnego państwa opiekuńczego i nie widać tu wpływu lansowanych niekiedy koncepcji, zgodnie z którymi obywatele chętnie podejmują indywidualne ryzyko w realizacji swoich życiowych celów. Istotnym problemem wydaje się zatem nie tyle konieczność rekonstrukcji zasad, co poszukiwanie odpowiedzi, jak realizować zasady w warunkach ograniczonych i brakujących środków.

Zdaniem Saltmana, europejskie strategie zawierały dwa zasadnicze elementy składowe. Element pierwszy polegał na uzupełnieniu od dawna podejmowanych wysiłków mających na celu poprawę efektywności systemu na poziomie makro nowymi programami, które poprawiałyby efektywność na poziomie mikro. Mówiąc inaczej, prócz podejścia nazywanego ograniczanie kosztów (*cost-containment*) należało stosować różnorodne mechanizmy sprawnego zarządzania, wdrażane do poszczególnych instytucji produkujących usługi zdrowotne. Drugi element polegał na próbach jednoczesnego wdrażania narzędzi typowo biznesowych, nastawionych na produktywność zasobów, w których zysk jest ważnym motywatorem, z ciągłym przestrzeganiem zasady solidarności, z obowiązującym kryterium potrzeby. Kraje, które podejmowały tę trudną operację po stronie podażowej – produkcji świadczeń – odniosły większy sukces, niż kraje, które wprowadzały elementy rynkowe po stronie płatników. Amerykańskie doświadczenie konkurujących HMO zostało w Europie potraktowane jako zu-

pełnie nieprzydatne. Pośrednio doprowadziło to do potwierdzenia roli państwa, które, rezygnując z angażowania się w organizację świadczeń, coraz bardziej koncentruje się na tworzeniu standardów. Można było zresztą dostrzec tendencję wzmacniania pozycji kontrolnej rządów, zwłaszcza w stosunku do płatników.

Europejskie systemy w niewielkim stopniu korzystają z indywidualnych dopłat wnoszonych przez pacjentów w momencie korzystania, mimo że wczesne propozycje reformatorskie często sugerowały tego rodzaju rozwiązania. Ich mała popularność wyniknęła zarówno z braku społecznego poparcia, jak i z licznych wątpliwości co do roli, jaką opłaty mogą spełniać. Wśród badaczy dominuje bowiem przekonanie, że opłata wpływa na zmniejszenie korzystania w sposób niewybiórczy, eliminuje zarówno świadczenia zbędne, jak i konieczne. Prawdopodobnie straty wynikające z zaniżonego korzystania mogą być większe, niż z nadużywania świadczeń. Nie znosi to oczywiście możliwości stosowania opłat, ale muszą one być wprowadzane w sposób bardzo ostrożny, przy uwzględnieniu wielu złożonych uwarunkowań i przy stałym monitorowaniu powstających skutków.

W toku działań reformatorskich podjęto wiele inicjatyw służących poprawie jakości świadczeń medycznych. Powoływano do życia nowe instytucje, tworzone lub inicjowano powstawanie standardów i protokołów dobrej praktyki, bazy danych i mechanizmów monitorujących i kontrolnych. Wydaje się, że wszystkie te mechanizmy stały się już trwałym elementem funkcjonującym w poszczególnych systemach.

Trwałym efektem reform było powstanie nowych form łączenia publicznych i prywatnych części składowych w jedną, efektywną strukturę. Jak wiadomo, w początkowej fazie reform hasła prywatyzacji były popularne, jednak zmiany własnościowe – mimo ożywionych i wysoce upolitycznionych dyskusji – na dużą skalę nie następowały. Zamiast tego, częściowo drogą ewolucji, a częściowo poprzez rozwój koncepcji „publicznej firmy” z procesu przemian wyłaniały się nowe instytucje. Autor wymienił trzy ich przykłady. Pierwszym była szwedzka organizacja Bure AB, w której prywatna spółka, reprezentowana na giełdzie, była tworzona przez państwową instytucję, która pozostała głównym udziałowcem, nadal wykorzystującym budynki należące do instytucji publicznej. Przykład drugi, to hiszpański szpital publiczny, działający na podstawie norm prawa prywatnego (handlowego). Trzecim przykładem był angielski trust opieki podstawowej. Od czasu traktowania tych instytucji jako formy obligatoryjnej powstała sytuacja, w której prywatny podmiot – lekarz rodzinny – zawiera umowę z publicznym dysponentem środków – NHS – zobowiązując się jednocześnie do pracy w dużym zespole, podporządkowując się regułom ustalonym przez władze (państwo działające za pośrednictwem NHS). Powstaje w ten sposób układ organizacyjny pozwalający łączyć prywatne dążenie do zysku – w NHS nie jest to zysk oszałamiający – z korzyściami społecznymi.

### 3.5.2. Porządkowanie celów

Analizując europejskie doświadczenia pierwszych lat reform, M. Defever stwierdziła, że reformy ujawniły przede wszystkim trudności w praktycznym rozwinięciu koncepcji, które były traktowane jako cele reform<sup>50</sup>. W konsekwencji, reformy nie tyle rozwiązały stare problemy, co przyczyniły się do powstania nowych, zgodnie zresztą z jednym z twierdzeń na temat polityki społecznej. Do problemów takich należy przynajmniej pięć spraw. Po pierwsze, jest to mechanizm konkurencji, rzeczywiście wielokrotnie wprowadzany, ale którego funkcja rzadko była precyzowana. Szczególnie relacje z rozbudowanymi systemami regulacji, z których nie zrezygnowano, bo nigdzie w Europie nie dążono do rezygnacji z zasady publicznej odpowiedzialności, pozostawały niejasne, co zapewne hamowało skuteczność zarówno konkurencji, jak i regulacji. Po drugie, były to przedsięwzięcia prywatyzacyjne, obejmujące moralne i finansowe zachęty dla prywatnych świadczeniodawców lub pacjentów wybierających usługi produkowane w prywatnym sektorze (ulgi podatkowe). Niekiedy rozważano nawet możliwość wystąpienia z sektora publicznego (w niektórych systemach ubezpieczeniowych było to tradycyjnie możliwe, niezależnie od przedsięwzięć reformatorskich). Pod hasłem prywatyzacji wprowadzano także opłaty wnoszone przez pacjentów; była to wymuszana prywatyzacja odpowiedzialności za zdrowie i finansowanie świadczeń. Jednak pierwsze uzyskane efekty nie potwierdziły nadziei związanych z prywatyzacją, co stało się elementem wspólnego doświadczenia. Trzeci problem to zagrożenia dla równości i sprawiedliwości. Chociaż w żadnym projekcie reformatorskim nie nastąpiła jawna rezygnacja z tych wartości, to jednak wprowadzenie konkurencji i prywatyzacji musiało doprowadzić do rozszerzenia się zakresu ich występowania. Przyczyniło się do tego także szerokie wprowadzenie opłat wnoszonych przez pacjentów. Wydaje się, że pojęcie solidarności, jako podstawa budowy systemów socjalnych, zaczęło nabierać innego, niż wcześniej, znaczenia. Sprawa czwarta dotyczyła wzrostu kosztów zarządzania systemami. Zwykle, w argumentach podnoszonych w uzasadnieniu reform prorynkowych przedstawia się obniżkę wydatków na obsługę systemu, uwolnionego od administracyjnych ograniczeń. Tymczasem reformy sektora zdrowotnego przyniosły skutek odmienny, co było spowodowane przede wszystkim skokowym wzrostem wydatków na systemy informacyjne. Rozproszenie ośrodków decyzyjnych i wymagane w kontraktach precyzyjne rozliczanie poszczególnych usług doprowadziło do nieznanego wcześniej w większości systemów – ale także po prostu zbędnego przy stosowaniu starych metod zarządzania – zapotrzebowania na informację. Równie kosztowne okazało się negocjowanie kontraktów. Ich zawieranie w warunkach konkurencji doprowadza do nieznanych wcześniej manipulacji związanych z kontrolą dostępu do informacji. Wzrosło istotnie obciążenie świadczeniodawców, zmuszonych nie tylko do bardziej dokładnych sprawozdań o swojej działalności, ale istotnego angażowania się w zarządzanie finansami, kiedy stawali się dysponentami budżetów. Piątym

---

<sup>50</sup> M. Defever, *Health care reforms: the unfinished agenda*, Health Policy, 34, 1995:1–7.

problemem było przesuwanie się ośrodków władzy w systemie. Prowadziło to do niszczenia starych hierarchii decyzyjnych, przy braku jasności, jak ma wyglądać nowy układ. Szczególnie kwestionowano, z wielu punktów widzenia, wzrost władzy menadżerów, których decyzje miały bezpośredni wpływ na sposób organizowania procesu produkcji świadczeń. Nawet tak wpływowi uczestnicy decyzji, jak firmy farmaceutyczne i wytwórcy sprzętu znaleźli się w nowej sytuacji, wobec osłabienia pozycji ich tradycyjnych partnerów, którzy decydowali o zakupach, a więc lekarzy. Ważne jest, że zmiany w układzie władzy dokonywały się wewnątrz systemów, pomiędzy najbardziej wpływowymi aktorami, a pozycja pacjentów i innych społecznych grup zewnętrznych wcale nie podlegała wzmocnieniu. Ostatni problem należy potraktować jako szczególnie znaczący. Reformy sektora zdrowotnego były w znacznej mierze podejmowane ze względów oszczędnościowych, co nazywano realizacją celów makroekonomicznych. Doświadczenia krajów europejskich dowiodły, że ten cel nie był realizowany, jeśli zastosowano instrumentarium odwołujące się do rynku i konkurencji. Istotny zatem wniosek, który można wyciągnąć z analizy przeprowadzonych procesów jest taki, że instrumentarium to powinno być uzupełnione o mechanizmy, które przybliżyłyby reformatorem do realizacji także tych celów.

### 3.5.3. *Spory o rynek*

Jeden z badaczy pisał, że „święta wojna” między zwolennikami rynku i obrońcami rządu słabo przyczynia się do rozświetlenia problemów polityki zdrowotnej, dobrze natomiast służy wyładowaniu doktrynerskich napiętności<sup>51</sup>. Jeśli odrzuca się argumenty doktrynalne, to staje się oczywiste, że mechanizmy rynkowe mogą znaleźć różne zastosowania w ochronie zdrowia, a ocena przydatności powinna rozstrzygać do czego będą użyte, przy zastosowaniu kryteriów efektywności, sprawiedliwości i prostoty. Autor zwraca uwagę na rozległość problemów, które domagają się rozstrzygnięcia. Nie tylko bieżące funkcjonowanie sektora musi być zapewnione. Produkcja świadczeń jest uzależniona od wcześniejszego zrealizowania zadań w dziedzinie edukacji i badań. Publiczne współfinansowanie badań wydaje się konieczne, by uniknąć ich koncentracji jedynie na tematach, od których można się spodziewać szczególnie dużych zysków. Subsydiowanie studiów medycznych powinno być kontynuowane, zgodnie z ogólną tendencją finansowego wspierania edukacji. Edukacja medyczna, jako szczególnie kosztowna, powinna zachować swoją pozycję, co wydaje się warunkiem dysponowania w przyszłości wykształconymi i wysoko motywowanymi kadrami. Także finansowanie świadczeń w wielu przypadkach potrzebuje zasilania z publicznych źródeł. Oczywiście patologie systemu amerykańskiego wynikają także z błędnego rozwiązania kwestii publicznej odpowiedzialności za dostęp do świadczeń. Udział publicznego finansowania sektora zdrowotnego –

---

<sup>51</sup> H.J. Aaron, *Competition in the Financing and Delivery of Health Care: Why, When, and How?* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:35–49.

co w źle postawionej alternatywie nazwano by rozstrzygnięciem dylematu czy rząd, czy rynek, na korzyść tego pierwszego – wydaje się więc funkcjonalnym wymogiem jego sprawnego funkcjonowania.

### 3.5.4. Rynek w krajach bogatych

Wzrost zakresu stosowania mechanizmów rynkowych osłabia publiczną kontrolę nad dystrybucją przepływów finansowych między różnymi podmiotami<sup>52</sup>. Stąd bez uwzględnienia bardziej odległych konsekwencji trudno jest orzekać o zaletach i wadach różnorodnych koncepcji, a zwłaszcza o korzyściach odnoszonych przez poszczególnych udziałowców. Z tego względu propozycje reformatorskie, przynoszące korzyści niektórym z nich, mogą prawdopodobnie prowadzić do sprzeciwu innych. Dobrą ilustracją tego problemu jest sytuacja w systemie USA, w którym stale wzrastające wydatki nie są przekazywane producentom świadczeń. Bardzo duża część tej nadwyżki jest przechwytywana przez przedstawicieli instytucji finansowych i prawnych, które obsługują sektor zdrowotny. Na marginesie można zauważyć, że intensywna obecność tych środowisk w życiu sektora zdrowotnego polega nie tylko na udziale w zyskach, ale także na podejmowaniu licznych działań, które w żadnej mierze nie służą realizacji jego nadrzędnych celów.

Dalej powołany autor pisał, że nie ma żadnych dowodów świadczących o tym, że mechanizmy rynkowe stosowane w sektorze zdrowotnym przyczyniają się bardziej do osiągania jego celów, niż mechanizmy innego rodzaju. Ani systematyczna wiedza teoretyczna, poza ideologicznie zabarwionymi doktrynami, w których rynkowi przypisuje się rolę celu samego w sobie, ani ustalenia empiryczne nie pozwalają przyjąć takiego twierdzenia w stosunku do ogółu rozwiązań, należących do klasy rozwiązań rynkowych. Jeśli zatem przyjmuje się założenie, że rynek jest środkiem, a nie celem, mogą one, selektywnie stosowane – niektóre z nich, w pewnych sytuacjach – dobrze służyć systemom i ludziom zainteresowanym ich funkcjonowaniem. Ostrożność przy wyborze mechanizmu rynkowego jest tym bardziej wskazana, że prywatne zdrowotne quasi-rynki charakteryzują się zwykle następującymi cechami:

- mają słabsze – w porównaniu z publicznymi – zdolności kontrolowania cen świadczeń, ograniczania (racjonalizowania) wolumenu produkowanych usług, wzrostu zatrudnienia kadr medycznych i wzrostu ich płac;
- sprzyjają nierównemu rozkładaniu ciężarów finansowania opieki zdrowotnej (regresywne obciążenie, co oznacza, że osoby o mniejszych dochodach ponoszą proporcjonalnie większe obciążenia, niż ludzie o wyższych dochodach);
- sprzyjają postrzeganiu przenoszenia obciążeń poza sferę wydatków publicznych jako oszczędności, podczas gdy w rzeczywistości dochodzi tylko do zmiany źródła finansowania.

---

<sup>52</sup> R.G. Evans, *Going for Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:7–34, s. 28.

Do podobnych wniosków dochodzili inni autorzy. Na podstawie doświadczeń amerykańskich E. Loewy pisał:

„Kiedy konkurencja i rynek są używane jako siły regulujące działanie opieki zdrowotnej technologia, zamiast być wykorzystywana dla dobra i z korzyścią dla pacjentów, staje się siłą działającą na rzecz indywidualnych zysków”<sup>53</sup>.

Natomiast W. Hsiao twierdził:

„Jedna sprawa jest jasna: stosowanie rynkowej konkurencji pociąga za sobą znacznie wyższe koszty transakcyjne i administracyjne (niż inne mechanizmy). Co więcej, rzeczywista konkurencja wymaga nadwyżek po stronie podaży. Tak więc pozostaje niejasne, czy system stosujący szeroko zarządzaną konkurencję okaże się tańszy”<sup>54</sup>.

I teza ogólna: ekonomika zdrowia z pewnością uzasadnia tezę, że nie istnieje prosta recepta budowy systemu zdrowotnego opartego na zasadach wolnego rynku.

### **3.5.5. Niedogodności rynku zdrowotnego**

W wielu krajach próbowano wdrażać różne metody przeciwdziałania wadom rynku w sektorze zdrowotnym, które to wysiłki mogą być traktowane jako elementy działań reformatorskich. Analiza tych prób pozwala wyciągnąć wniosek, że wysiłki zmierzające do kontroli sytuacji przez regulacje okazywały się zwykle przedsięwzięciem mało skutecznym i bardzo kosztownym<sup>55</sup>. Można także twierdzić, że wprowadzanie prywatnych, komercyjnych ubezpieczeń jest również mało efektywne, o czym przekonują doświadczenia tak różnych krajów, jak USA, Chile i Filipiny. Nawet takie, dbające o efektywność instytucje, jak HMO przygotowują swoje pakiety głównie dla grup o zmniejszonym poziomie indywidualnego ryzyka i odpowiedniej zdolności do płacenia. Prywatni ubezpieczyciele, by uniknąć indywidualnej negatywnej selekcji często oferują swoje polisy tylko dużym grupom pracowników. Taka praktyka musi prowadzić do wykluczenia, a przynajmniej do utrudnienia dostępu takich społecznie słabszych grup, jak: przewlekłe chorzy, bezrobotni, ubodzy, pracownicy biednych gałęzi gospodarki, rolnicy. W konsekwencji wszyscy oni są skazani na korzystanie z publicznie finansowanych świadczeń, oferujących usługi na znacznie niższym poziomie niż te finansowane przez prywatne ubezpieczenia. Uderzający jest przykład Chile, jednego z bogatszych krajów Ameryki Łacińskiej, gdzie dwie trzecie społeczeństwa pozbawione było właściwej opieki. W USA, kraju o największych w świecie wydatkach na opiekę zdrowotną, przynajmniej jedna trzecia populacji korzysta ze świadczeń finansowanych publicznie, a ok. 15% jest pozbawiona formalnych uprawnień do świadczeń.

---

<sup>53</sup> E.H. Loewy, *Of Markets, Technology, Patients and Profits* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:149–160, s. 156.

<sup>54</sup> W.C. Hsiao, *Abnormal economics in the health sector*, Health Policy, 32, 1995:125–139.

<sup>55</sup> W.C. Hsiao, *Abnormal economics in the health sector*, Health Policy, 32, 1995:125–139.



W warunkach funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń koszty transakcyjne są bardzo wysokie. Jak podał W. Hsiao, na nieregulowanym rynku HMO koszty te sięgają 45% przychodów pochodzących ze składek. W Chile koszty te przekraczały 30%. W USA sięgają poziomu 25%, ale trzeba pamiętać, że odnosi się to do bardzo wysokich wydatków medycznych, jakie ponoszone są w tym kraju. Na tym tle prawdziwym kontrastem są kraje nieposługujące się na szeroką skalę metodą prywatnego ubezpieczenia, gdzie koszty transakcyjne rzadko przekraczają 10%.

Istnieją przekonujące dowody, że wprowadzenie – na dużą skalę – prywatnych ubezpieczeń jako płatnika prowadzi do powstania systemu świadczącego usługi na dwóch różnych poziomach jakości. Bogatsza część społeczeństwa, korzystająca dzięki tym ubezpieczeniom z opieki wysokiej jakości, jest niechętna, by współfinansować poprawę jakości dla pozostałej części, a nie ma prostego mechanizmu redystrybucji. Warto też podkreślić, że prywatne ubezpieczenia, kiedy umocnią się w swojej niszy rynkowej stają się aktywnym aktorem polityki zdrowotnej, zaciekle broniącym swoich interesów. Nie są one w żadnym stopniu zainteresowane taką reformą sektora zdrowotnego, która prowadziłaby do zmniejszenia ich zysków i ograniczenia uprzywilejowanej pozycji ich klientów. Doświadczenia wskazanych wyżej krajów wyraźnie wskazują, że nie jest to niebezpieczeństwo wyimaginowane.

### **3.5.6. Konkurencja między szpitalami**

Wprowadzenie zasad konkurencji między szpitalami może – wbrew oczekiwaniom – doprowadzić do zwiększenia się nadwyżek niewykorzystywanych zasobów dostępnych w poszczególnych instytucjach. Konkurencyjną ofertą proponowaną przez szpital nie jest bowiem jakość czy niższa cena jednostkowa, ale zwiększona dostępność dodatkowych świadczeń, uzyskiwana dzięki rozbudowie infrastruktury, zwłaszcza drogiej aparatury. W jednej z hipotez zbudowanej w celu wyjaśniania tego zjawiska przyjęto termin „medycznego wyścigu zbrojeń” (*medical arms race*), co polegało na przymusie działających pod konkurencyjną presją szpitali do nieefektywnych zakupów nowych technologii, bez czego szpitale nie były w stanie pozyskiwać dostatecznej liczby pacjentów. Zwiększanie, zamiast zmniejszanie, mocy produkcyjnych prowadziło do dublowania się świadczeń, co było postrzegane jako narastający chaos w organizacji opieki zdrowotnej. Powodowało to niezadowolenie opinii publicznej i wzrastający koszt polityczny tej sytuacji.

Zachowania szpitali były zgodne z wynikami, traktowanymi dzisiaj jako klasyczne, badań J. Robinsona i H. Lufta, w których wykazywano, że wzrost konkurencji współwystępuje ze wzrostem kosztów funkcjonowania jednostek, a najbardziej efektywne było działanie w warunkach skoncentrowanych, nie-

konkurencyjnych rynków<sup>56</sup>. Nic więc dziwnego, że szpitale konkurujące między sobą na wewnętrznym rynku okazały się bardzo mało podatne na oddziaływanie negatywnych bodźców finansowych. Kiedy realizacja kontraktów pozbawiała ich nawet dużej części przychodów, były w stanie – za pomocą deficytu i pożyczek – przetrwać najtrudniejsze lata, co było dowodem przemawiającym za koniecznością ich utrzymania.

Z czasem jednak pojawiły się wyniki badań wskazujące, że konkurencja może także sprzyjać efektywności – obniżaniu kosztów – jeśli spełnione są niezbędne warunki rynkowego otoczenia. Uzyskano także wyniki wskazujące, że wzrost konkurencyjności otoczenia pozytywnie wpływa na gotowość szpitali do podjęcia większego ryzyka finansowego przy podejmowaniu leczenia pacjentów, a także stosowania większych upustów przy zakupie świadczeń, co również sprzyjało obniżaniu kosztów. Wydaje się jednak, że nigdzie poza USA takich warunków nie daje się uzyskać.

### 3.5.7. Synteza europejska

Systematyczna analiza doświadczeń europejskich, uzyskanych w pierwszej połowie lat 90. pozwoliła sformułować szereg uogólniających wniosków<sup>57</sup>. Po pierwsze, reformy okazały się mniej skuteczne tam, gdzie próbowano koncentrować się na kształtowaniu strony popytowej za pomocą bodźców rynkowych, skierowanych bezpośrednio na pacjenta. Warto zauważyć, że reformy te pozostawały w wyraźnej niezgodzie ze strategiami realizowanymi w większości krajów w poprzednich latach, w których najpierw podejmowano problemy tradycyjnego zdrowia publicznego – stan sanitarny, szczepienia zapobiegawcze – a potem kampanie promocji zdrowia – styl życia. Warto jednak także zauważyć, posługując się uproszczoną typologią systemów, w których odróżnia się typ, gdzie stosuje się zasadę publicznej odpowiedzialności za stan finansów na opiekę zdrowotną, co gwarantuje dostęp dla wszystkich lub grup znajdujących się poniżej progu dochodowego, i typ, gdzie zasada taka nie obowiązuje, że w żadnym kraju europejskim nie nastąpiło jawne odejście od zasad pierwszego typu. W niektórych krajach – przede wszystkim w Holandii – próbowano łączyć zasadę publicznej odpowiedzialności i rynkowego mechanizmu konkurencji, ale próby te pozostały bezskuteczne. Niemniej nastąpiło ograniczenie zaangażowania środków publicznych, co stało się widoczne zwłaszcza w krajach przechodzących proces transformacji, gdzie niedofinansowanie opieki zdrowotnej otwiera drogę do stosowanych na szeroką skalę opłat nieformalnych, które wypaczają możliwość przestrzegania ogólnokrajowych priorytetów. Wydaje się jednak, że trudności finansowe systemów zdrowotnych krajów posocjalistycz-

---

<sup>56</sup> T. Gift, R. Arnould, L. DeBrock, *Is Healthy Competition Healthy? New Evidence of the Impact of Hospital Competition*, Inquiry, 39, 2002:45–55.

<sup>57</sup> R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakallerides, *Assessing the evidence* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:400–408.

nych pozostają bardziej w związku z ich ogólną sytuacją, aniżeli z reformami zdrowotnymi.

Elementem strategii reformatorskiej nastawionej na stronę popytową były próby zwiększenia obciążenia pacjenta dodatkowymi opłatami, ponoszonymi niezależnie od posiadania generalnego tytułu do świadczeń. Chociaż wiadomo, że wysiłki ograniczenia ogólnego poziomu wydatków tą drogą są zwykle nieskuteczne – bo intensywność korzystania ze świadczeń jest uwarunkowana głównie decyzjami świadczeniodawców, a nie pacjentów (*provider induced demand*), a także dlatego, że przestrzeganie zasady sprawiedliwości wymaga redukcji dopłat wnoszonych przez grupy pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji – w niektórych krajach próbowano posłużyć się tą metodą. Autorzy odnotowują, że w większości przypadków decyzje o wprowadzeniu takiego mechanizmu były blokowane w różnych fazach procesu politycznego, ponieważ rozwiązania te były bardzo źle przyjmowane przez opinię publiczną.

Innym rozwiązaniem oddziaływania na stronę popytową, teoretycznie możliwym, jest wprowadzenie jawnego racjonowania (podstawowego koszyka). Chociaż sama koncepcja była podnoszona w licznych propozycjach reformatorskich, to jej praktyczne zastosowanie okazało się bardzo ograniczone. W niektórych krajach debata o koszyku okazała się tak trudna, że – kiedy stanowiła kluczowy element reformy, jak np. w Holandii – brak porozumienia w tej sprawie blokował cały proces reformatorski. W krajach posocjalistycznych, niezależnie od teoretycznych rozważań na temat koszyka, w wielu sytuacjach wprowadzono faktyczne racjonowanie poprzez odmowę finansowania niektórych świadczeń. Jednak wyłączenie świadczenia z publicznego finansowania nie było poprzedzone analizą jego przydatności w leczeniu, a wynikało z presji finansowej, która zmuszała do gwałtownego wprowadzenia strategii oszczędnościowej, czy to przez płatnika, czy świadczeniodawcę.

Analizując reformy i ich skutki, można było odnieść wrażenie, że ich autorzy skupiali się niekiedy na problemach drugorzędnych, z punktu widzenia efektywności systemu, ale nośnych politycznie. Za taki można uznać kwestię wyboru między konkurującymi z sobą płatnikami, co było przedmiotem wielu propozycji reformatorskich. Tymczasem istnieją dowody – dostępne już w czasie, kiedy projekty te były formułowane – że ta postać konkurencji nie poprawia efektywności.

Reformy nastawione na stronę podażową – na wytwórców świadczeń – odniosły większe sukcesy. Do mechanizmów, które odegrały pozytywną rolę można zaliczyć kontraktowanie stosowane w publicznych systemach, nowe zasady alokacji i finansowania inwestycji kapitałowych, zasady wynagradzania świadczeniodawców, w których uwzględnia się element efektu i wydajności, przy czym chodzi o przekazywanie pieniędzy zarówno jednostkom, jak i instytucjom, nowe zasady regulacji i kontroli wydatków na leki i środki farmaceutyczne, takie jak: listy cen referencyjnych, pozytywne listy leków i limitowane budżety. W dziedzinie produkcji świadczeń należy także wskazać strategię stałej kontroli jakości, ocenę technologii, protokoły dobrej praktyki medycznej, postępujące

zastępowanie droższych procedur medycznych przez ich tańsze, lecz pełniące te same funkcje substytuty (chirurgia ambulatoryjna, opieka domowa). W dziedzinie organizacji należy odnotować przekształcenia sieci szpitalnej – przy ogólnej tendencji zmniejszania liczby łóżek ostrych – oraz wprowadzania finansowych bodźców stymulowania efektywności szpitali, przez nadawanie im różnie interpretowanego statusu samodzielności.

Zdecydowana większość reform była wprowadzana przy stosowaniu koncepcji konkurencji, która stawała się regulatorem niektórych relacji między publicznymi podmiotami, głównie między świadczeniodawcami. Świadczeniodawcy zachowywali publiczny charakter, a konkurencja miała stanowić mechanizm stymulujący efektywność. W zasadzie nie realizowano programów prywatyzacji – podkreślano przy tym zasadniczą różnicę między działaniem proefektywnościowym a prywatyzacją – poza krajami posocjalistycznymi, gdzie hasła takie niekiedy się pojawiały. W krajach zachodnich przywódcy polityczni, którzy byli autorami i realizatorami reform nie mieli społecznej zgody na prywatyzację sektora, który powszechnie był postrzegany jako jeden z filarów państwa opiekuńczego. W reformach często natomiast podejmowano próby włączenia prywatnych świadczeniodawców w produkcję świadczeń, zwłaszcza jeśli mogło to służyć poprawie efektywności. Pojęcie konkurencji mogło obejmować także rywalizację między publicznymi a prywatnymi wytwórcami świadczeń.

### ***3.5.8. Ograniczenie stosowania mechanizmu rynkowego***

Już bardzo wczesne analizy efektów osiąganych dzięki wprowadzaniu mechanizmów rynkowych nie prowadziły do potwierdzenia wcześniejszych nadziei. Raport OECD z 1992 roku wykazał, że sukces polegający na kontroli kosztu – albo przynajmniej kontroli jego wzrostu, co często było rzeczywistą racją podejmowania wysiłków reformatorskich – został osiągnięty przede wszystkim przez zwiększenie roli publicznego płatnika (płatnika trzeciej strony), przez bezpośrednią kontrolę wynagrodzeń dla świadczeniodawców oraz przez kontrolę wzrostu zasobów systemu<sup>58</sup>.

W drugiej połowie lat 90. nowym zjawiskiem stało się wycofywanie się różnych krajów z wprowadzonych wcześniej rozwiązań. Szczególnie wyraźnie rezygnowano z wdrożonych wcześniej mechanizmów rynkowych, a także rynkowego słownictwa. Było to widoczne w Wielkiej Brytanii, Nowej Zelandii, a także w krajach skandynawskich, gdzie odstąpiono od szerokiego stosowania bodźców finansowych, co kilka lat wcześniej traktowano jako remedium na brak efektywności, oraz takich słów, jak rynek i konkurencja, które zostały zastąpione współpracą i kooperacją<sup>59</sup>. Podsumowując ich doświadczenie, można stwierdzić,

---

<sup>58</sup> *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1992.

<sup>59</sup> R.B. Saltman, *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:69–74.

że siła społecznych wartości, jeśli są szeroko akceptowane, okazała się bardzo duża. Nawet, jeśli przejściowo politycy i opinia publiczna ulegli modnej retoryce rynkowej, to w krótkim stosunkowo czasie została dostrzeżona niezgodność takiego podejścia ze społecznymi oczekiwaniami. Nie jest jednak jasne, jak oczekiwania te będą mogły być zaspokojone w warunkach ograniczonego dostępu do środków finansowych. Kraje skandynawskie wydają po reformie – proporcjonalnie do GDP – mniej pieniędzy niż przed reformą, więc utrzymanie świadczeń na oczekiwanym poziomie może napotykać na dramatyczne przeszkody.

### **3.5.9. Społeczne ubezpieczenie zdrowotne**

W krajach przechodzących transformację najczęściej stosowanym narzędziem zmiany były wdrożenia różnych wersji społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Wdrożenia te napotykały na różne bariery, których analiza pozwoliła dokładnie spojrzeć na warunki, które powinny być spełnione, aby ubezpieczenie odegrało bardziej pozytywną rolę<sup>60</sup>. Badacze wskazali cztery typy warunków. Pierwsze odnoszą się do makroekonomicznego otoczenia. Wprowadzenie ubezpieczenia na dużą skalę, to jest takiego, które obejmuje całą ludność kraju albo jej zdecydowaną większość, jest znacznie łatwiejsze w dobrze funkcjonującej, ustabilizowanej gospodarce. Teza taka oznacza, że im niższy poziom produktu krajowego na mieszkańca, im większe zakłócenia w działaniu gospodarki – spadek dochodów, deficyt środków publicznych – na tym większe trudności napotykały inicjatywy związane z ubezpieczeniami. Stąd hipoteza, że jedną z przyczyn bardzo umiarkowanego sukcesu we wdrażaniu ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej była ogólna sytuacja gospodarcza. Hipoteza ta jest wspierana faktem, że relatywnie największe powodzenie uzyskały kraje stosunkowo najbogatsze. Drugi warunek dotyczy sytuacji na rynku pracy. Im mniejsze napięcia tu występujące, tym większe szanse powodzenia. Natomiast im większe zakłócenia w stosunkach pracy, a zwłaszcza im większe bezrobocie, tym mniejsze szanse powodzenia. Mniejsza liczba oficjalnie zatrudnionych prowadzi bowiem do zmniejszania się liczby osób (pracowników) płacących składki, proporcjonalne do dochodów uzyskiwanych z pracy (osoby bezrobotne nie płacą składek, lub składka za nich jest opłacana w minimalnej wysokości). Jeśli w systemie składka jest płacona przez pracodawców, zmniejszenie liczby zatrudnionych prowadzi do zmniejszenia także ich obciążeń, niezależnie od wielkości dochodów pozyskiwanych w wyniku prowadzenia działalności gospodarczej. W konsekwencji zmniejsza się kwota, która jest przeznaczana do dyspozycji płatnika – płatników – operującego w sektorze zdrowotnym. Trzeci warunek odnosi się do gotowości podporządkowania się wprowadzonym regulacjom, a także do zakresu faktycznego podporządkowania się i współpracy.

---

<sup>60</sup> A. Dixon, J. Langenbrunner, E. Mossialos, *Facing the challenges of health care financing. A background paper prepared for USAID Conference*, Washington D.C. 29–31 July 2002.

W systemie ubezpieczeniowym składki pozyskiwane są z jawnych i deklarowanych dochodów. Jeśli część obrotu gospodarczego odbywa się w szarej strefie – wynagrodzenie zatrudnianych na czarno pracowników, nieujawniane przychody przedsiębiorców – to ubezpieczyciel nie ma możliwości uczestniczenia w płynących stąd korzyściach i środki dostępne w sektorze zdrowotnym są mniejsze, niż mogłyby być. Częścią szarej strefy są nieformalne korzyści uzyskiwane przez pracowników medycznych, co zakłóca i osłabia bodźce stosowane przez oficjalnego płatnika. Sytuacja pogarsza się, jeśli w krajach o niskim dochodzie podtrzymuje się deklaracje o bezpłatnym dostępie do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych. Taka deklaracja, która towarzyszyła wprowadzaniu ubezpieczeń we wszystkich krajach regionu, od samego początku rozrywała związek między przychodami ubezpieczyciela a jego wydatkami na świadczenia. Tworzony na takiej podstawie system nie mógł być zrównoważony i zawierał mechanizmy, które w nieunikniony sposób prowadziły do problemów. Czwarty wskazany warunek odnosił się do faktycznie realizowanych transferów pieniężnych, dokonywanych na rzecz ubezpieczyciela. Dotyczyło to, z jednej strony, zobowiązań płatnika publicznego, który powinien płacić składkę za tych, którzy nie mieli własnych przychodów (np. bezrobotni), albo, z drugiej strony, płatności wnoszonych w imieniu pracowników przez dużych i silnych pracodawców. Zarówno budżet, jak i pracodawcy często znajdowali się w trudnej finansowo sytuacji i ich reakcja polegała na wstrzymaniu, lub znacznym opóźnieniu, należnych płatności. Brak wpłat powodował lawinę konsekwencji – narastające zadłużenie podmiotów kolejno nieotrzymujących należnych im pieniędzy.

## 3.6. Zalecenia praktyczne

### 3.6.1. Zasady deregulacji

Wiele idei reformatorskich było związanych ze zwiększaniem swobody podmiotów biorących udział w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego. Ich wprowadzanie w życie pozwalało obserwować uwarunkowania występujące w otoczeniu, od których zależało osiągnięcie – lub nie – powodzenia. Znaczna ich część dotyczyła regulacji prawnej i organizacyjnej – jej zakresu, treści, stopnia szczegółowości i rygoryzmu, konsekwencji egzekwowania. Analiza tych przypadków pozwoliła na wyciągnięcie wniosków i sformułowanie rekomendacji, na podstawie których byłoby możliwe podejmowanie bardziej racjonalnych decyzji dotyczących tej sfery działania. R. Saltman i R. Busse przedstawili je w postaci czterech zaleceń adresowanych do liderów procesów reformatorskich<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> R.B. Saltman, R. Busse, *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (eds), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:3–52, s. 14.

Po pierwsze, regulacja powinna mieć charakter strategiczny: powinna być elementem planowania strategicznego i umieszczana w długim horyzoncie czasowym, być traktowana jako środek prowadzący do celu, a nie jako cel, służyć wzmocnieniu podstawowych celów polityki społecznej i ekonomicznej. Istotny błąd polega na wykorzystywaniu regulacji do celów doraźnych, z pominięciem problemów i konsekwencji bardziej oddalonych w czasie.

Po drugie, regulacja powinna mieć charakter kompleksowy: powinna podejmować jednocześnie wiele zagadnień, jeśli mają znaczenie dla rozwiązania głównego problemu – chciałoby się powiedzieć: wszystkich istotnych zagadnień. Jest dopuszczalne, a nawet wskazane, wykorzystywanie koncepcyjnych podejść i mechanizmów pochodzących z różnych dyscyplin naukowych, jeśli cechy rozwiązywanego problemu tego wymagają. Te różnorodne podejścia i mechanizmy muszą zostać zespolone w całość umożliwiającą przejrzyste regulowanie zachowań podmiotów, do których zasady są adresowane. Przy wykorzystywaniu doświadczeń pochodzących z innych systemów konieczne jest wzięcie pod uwagę specyficznych cech każdego systemu zdrowotnego i dopasowanie do nich stosowanych rozwiązań. Tak w fazie przygotowania, wdrożenia, jak i stosowania nowej regulacji – nowych mechanizmów – niezbędne jest elastyczne zarządzanie publiczne (*public management*).

Po trzecie, niedopuszczalne jest wprowadzanie w życie deregulacji, zwiększającej istotnie swobodę działania poszczególnych podmiotów, bez wcześniejszego przystosowania obowiązującej (starej) regulacji do nowej sytuacji. Deregulacja wymaga zawsze wprowadzenia zbioru nowych zasad ustalających reguły funkcjonowania w zmienionych warunkach – nowe formy nadzoru, kontroli, dopuszczalności ingerencji – co powinno być dokonane zanim stare przepisy zostaną uchylone.

Po czwarte, należy ufać, ale sprawdzać: w każdej sytuacji wprowadzenie nowej regulacji wymaga stałego monitorowania jej przestrzegania. Chodzi zarówno o sprawdzenie, czy nowe rozwiązania zostały wdrożone, jak i o zgodność postępowania z wprowadzonymi wymogami. Nierzadko niezbędne jest stosowanie bodźców, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, zapewniających przestrzeganie nowej regulacji, z czym wiąże się cała problematyka wprowadzania zmiany. Jest to tym bardziej istotne, kiedy wprowadza się deregulację lub powierza zadania instytucjom autonomicznym (samoregulującym się). Zarówno brak doświadczenia w samodzielnym działaniu, jak i przyzwyczajenie do działania bez kontroli mogą kompromitować idee autonomii i publicznej odpowiedzialności.

### **3.6.2. Zyskanie wsparcia politycznego**

C. Kahn i R. Pollack opracowali listę zaleceń, zwanych przez autorów przewodnikiem, która miała pomóc w przygotowywaniu takich propozycji reformatorskich, które miałyby szanse uzyskania politycznego sukcesu<sup>62</sup>. Lista ta opie-

---

<sup>62</sup> C.N. Kahn, R.F. Pollack, *Building a Consensus for Expanding Health Coverage*, Health Affairs, 20(1), 2001:40–48.

rała się na doświadczeniach amerykańskich, zwłaszcza na wnioskach wyciąganych z niepowodzeń reformy Clintona, ale w dużej części odnosiła się do bardziej uniwersalnych cech procesu politycznego i stąd ma znacznie szersze znaczenie. W pierwszym postulacie zalecano utrzymywanie zastanych zasad dostępności, tak w sensie zakresu podmiotowego, jak i przedmiotowego. W ten sposób można zneutralizować opozycję tych wszystkich, których dotychczasowy stan posiadania mógłby być naruszony propozycjami jego ograniczenia. Jednocześnie otwiera się możliwość poszukiwania sojuszników. Po drugie, punktem wyjścia propozycji reformatorskich powinien być zastany układ instytucjonalny. Warto precyzyjnie ustalić, które jego elementy funkcjonują dobrze i one powinny być traktowane jako podstawa, na której rozwija się nowe mechanizmy. Za takim rozwiązaniem przemawiają zarówno względy polityczne, jak i techniczne. Polityczne, bo naturalnymi zwolennikami reformy stają się podmioty uznane za dobrze funkcjonujące, zyskujące pewność funkcjonowania – dla pracowników pewność zatrudnienia – ale także moralną satysfakcję, stając się współuczestnikami tworzenia nowych rozwiązań. Technicznie – ponieważ istnieje możliwość wykorzystania stanu posiadania działających wcześniej instytucji, ich infrastruktury, wiedzy i umiejętności pracowników, istniejących wzorów funkcjonowania, kanałów współpracy, zasobów informacyjnych itd. Wszystko to przyczynia się do zmniejszenia kosztów zmiany. Po trzecie, punktem wyjścia propozycji musi być oparcie się na funduszach publicznych. Postępowanie takie jest zalecane także wtedy, gdy bardziej odległym celem zmian jest pozyskiwanie dodatkowych środków ze źródeł prywatnych. Tak więc nadrzędną racją propozycji powinna być zasada lepszego – bardziej efektywnego – wykorzystywania środków już dostępnych, co nie powinno być tylko hasłem propagandowym, ale realizowaną dyrektywą. Po czwarte, na plan pierwszy należy wysunąć problemy grup znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji i jest wiele racji przemawiających za takim postawieniem sprawy. Racje zdrowotne – stan zdrowia osób należących do tych grup jest zwykle gorszy, niż przeciętny, wobec czego poprawa może być znaczna. Racje moralne – powinno pomagać się ludziom znajdującym się w najtrudniejszej sytuacji, przy czym można powołać się na poglądy Rawlsa<sup>63</sup>. Racje polityczne – na ogół łatwiej znaleźć polityczne poparcie dla działań służących ludziom najbardziej pokrzywdzonym. Po piąte, warto przygotować zapasowy wariant propozycji reformatorskich, który mógłby być realizowany, kiedy główny projekt zostałby odrzucony. W demokratycznym procesie politycznym bardzo często zdarza się, że ambitne propozycje reformatorskie zostają odrzucone przez zmobilizowanych przeciwników, w wyniku czego żadne rozwiązanie nie zostaje wdrożone. Zdarza się także, że narzucone kompromisy pozbawiają sensu kontynuowanie prac reformatorskich i proces zostaje przerwany. Posiadanie zapasowego projektu może chronić przed konsekwencjami tego rodzaju sytuacji, dzięki czemu jakiś postęp – choć nie na tyle znaczący, na jaki liczyli zwolennicy reformy – może być jednak osiągnięty.

---

<sup>63</sup> J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.



Przy dostatecznej konsekwencji zwolenników zmian można w ten sposób uzyskać pozytywne rezultaty.

### 3.6.3. Spójność zmian finansowych

Na podstawie brytyjskich i niemieckich doświadczeń – fundholding i limitów wydatków na leki refundowanych przez kasy – sformułowano następujące zalecenia<sup>64</sup>:

- odpowiedzialność świadczeniodawców i konsekwencje finansowe wobec nich wyciągane muszą być ograniczane do parametrów, na które mają oni wpływ, poprzez podejmowane decyzje. Nie mogą być karani za skutki powodowane przez innych, podobnie jak nie ma powodów, by ich nagradzać za cudze zasługi (w Niemczech konsekwencje przekroczenia pułapu wydatków na leki dotyczyły całej grupy lekarzy);

- konieczne jest stałe informowanie lekarzy o sytuacji ich budżetów, o wielkości środków wydanych i wielkości rezerw. Brak takiej informacji lub jej opóźnienie prowadzi do dezorganizacji działania, a fakt dysponowania środkami traci swoją motywacyjną rolę (w Niemczech braki informacyjne potraktowano jako jedną z przyczyn umiarkowanego powodzenia przedsięwzięcia);

- w budowie mechanizmu należy zalecać jego prostotę i unikać rozwiązań zwiększających koszt obsługi. Koszty transakcyjne okazały się istotną niedogodnością fundholdingu i ich wysokość posłużyła jako argument decyzji o wycofaniu się z jego dalszego stosowania;

- niezbędne jest uwzględnianie zjawiska przerzucania kosztów i stałe nadzorowanie przepływu wydatków w różnych częściach sektora zdrowotnego. W piśmiennictwie stosowane jest pojęcie „balona wydatków zdrowotnych” (w mniej eleganckim sformułowaniu jest mowa o serdelku), który zmniejszony w jednej części, zwiększa swoją objętość w innej. W tym samym czasie, kiedy obniżały się niemieckie wydatki na leki, zwiększały się wydatki na opiekę szpitalną i ambulatoryjną, co może być wyjaśniane jako efekt przerzucania kosztów.

\* \* \*

Niektóre z wniosków płynących z doświadczeń reformatorskich i potwierdzających ograniczenia dotyczące zakresu swobody poszukiwań nowych rozwiązań potwierdzają tezę o tym, że trudne jest przekraczanie horyzontu pojęć, które były wykorzystane przy konstruowaniu systemów zdrowotnych. Osłabia to optymizm tych, którzy kilkanaście lat temu liczyli na możliwość budowy opieki zdrowotnej na podstawach w pełni racjonalnych. Jednocześnie jednak wnioski dotyczące organizowania procesu są znacznie bardziej zachęcające: staranne przygotowanie i prowadzenie prac reformatorskich wyraźnie zwiększa szanse osiągnięcia powodzenia.

---

<sup>64</sup> D. Delnoij, G. Brenner, *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholder?*, Health Policy, 52, 2000:157–169.

## ***CZĘŚĆ III***



## Rozdział 4

# REFORMA W POLSCE W LATACH 1997–2001

Celem tego fragmentu opracowania jest analiza procesu reformatorskiego w latach sprawowania władzy przez rząd kierowany przez Jerzego Buzka. W tym właśnie czasie, 1 stycznia 1999 roku, weszły w życie głębokie zmiany powszechnie nazywane „reformą opieki zdrowotnej”. W perspektywie teoretycznej przyjmowanej w tej książce tamte przekształcenia są tylko jednym z bardzo wielu epizodów tego złożonego procesu, jakim jest reformowanie sektora zdrowotnego. Jest to epizod, który następuje po licznych zmianach i intensywnych przygotowaniach, i który tworzy podwaliny dalszych zmian, będących niekiedy ich konsekwentną i twórczą kontynuacją, a niekiedy całkowitym zaprzeczeniem.

Analizowany okres czteroletniej kadencji warto podzielić na dwie fazy. Przydatnym kryterium może być – ze względu na treść prowadzonej analizy – dominujący charakter decyzji podejmowanych w stosunku do sektora zdrowotnego:

- faza pierwsza: pierwsze półtora roku działania rządu, trwające do chwili wdrożenia pakietu reformatorskiego, obejmujące przygotowanie koncepcji, zasadniczą nowelizację ustawy o PUZ (lipiec 1998), kolejne akty prawne i prace organizacyjne tworzące kasy chorych;

- faza druga: druga część kadencji rządu Jerzego Buzka, obejmująca propozycje różnych korekt (niektóre wdrożono), a wśród nich: likwidacja KZKCh, program restrukturyzacji, projekt ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji, dalsze pomysły likwidacyjne.

W tym czasie resortem kierowało troje ministrów. Wojciech Maksymowicz pełnił funkcję od chwili powołania rządu do marca 1999 roku i był postrzegany głównie jako osoba blisko związana ze środowiskiem lekarskim. Franciszka Cegielska, jedyny nielekarz pełniący funkcję ministra, wywodziła się z samorządów terytorialnych i jej nominacja wzbudziła ogromne nadzieje wprowadzenia

nowego podejścia w zarządzaniu systemem. Zmarła w czasie pełnienia obowiązków w październiku 2000 roku. Grzegorz Opala objął stanowisko w okresie trudnym politycznie i trudnym dla sektora. Wywodził się ze środowiska akademickiego, do końca kadencji starał się pełnić urząd w sposób wyważony.

## 4.1. Faza pierwsza: proces

Przed wyborami parlamentarnymi we wrześniu 1997 roku Akcja Wyborcza „Solidarność” przedstawiała się wyborcom jako posiadaczka precyzyjnego programu w sprawach dotyczących ochrony zdrowia. Były dwa składniki tego stanowiska: po pierwsze, postulat zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną do 11% podstawy wymiaru składki oraz, po drugie, rozwinięty program reformy opieki zdrowotnej, a przynajmniej gotowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Chodziło o przygotowany przez „Solidarność” i złożony w Sejmie w połowie 1995 roku projekt ustawy, który był znany pod nazwą „projektu prezydenckiego”<sup>1</sup>. Natomiast Unia Wolności przedstawiała tylko ogólny zarys zmian. W swoim dokumencie programowym opowiedziała się za

„(...) taką reformą systemu ubezpieczeń zdrowotnych, która poprawi dostępność usług, zagwarantuje finansowanie przez system ubezpieczeniowy podstawowych usług zdrowotnych oraz przestrzeganie prawa pacjenta. Istotą jest samorządowo-ubezpieczeniowy model reformy z mocną pozycją lekarza rodzinnego”<sup>2</sup>.

Tak ogólne sformułowanie zawierało różne możliwości.

### 4.1.1. Poszukiwanie koncepcji

Po zwycięskich wyborach i zawiązaniu koalicji AWS i UW stanęły przed trudnym zadaniem uzgodnienia warunków kontynuowania reformy opieki zdrowotnej. Koalicja dziedziczyła nieaprobowaną ustawę o PUZ, która była uchwalona w atmosferze konfrontacji, i było oczywiste, że nowa władza nie może proponować prostej kontynuacji wcześniej przyjętych rozstrzygnięć. Także dlatego, że ich krytyka przed i w czasie kampanii wyborczej była zbyt radykalna, a natężenie obietnic zbyt duże.

Jednak zakres zmian i nawet ich bardziej precyzyjnie ustalony kierunek nie wynikały z wyborczych deklaracji koalicyjnych partii. Nie przygotowano też żadnego dokumentu, który pozwalałby określać, jakie były strategiczne zamiary

---

<sup>1</sup> Projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, druk sejmowy nr 1192, który został złożony jako inicjatywa ustawodawcza Lecha Wałęsy, stąd jego nazwa jako „projektu prezydenckiego”.

<sup>2</sup> Deklaracja programowa. Unia Wolności wobec szans i zagrożeń dla Polski. III Kongres Unii Wolności, Warszawa styczeń 1997.

rządu. Do ustalenia celów dla jego części reprezentowanej przez członków AWS, inspirująca była lista zasad zawarta w prezydenckim projekcie ubezpieczeniowym<sup>3</sup>. Istotne było również, że w projekcie proponowano utworzenie stosunkowo licznych i stosunkowo małych kas chorych. Proponowano wprowadzenie wyraźnego podziału na sektor opieki ambulatoryjnej i szpitalnej, podporządkowane różnym regułom organizacyjnym. Za organizację świadczeń ambulatoryjnych miało odpowiadać nowo tworzone Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych (przymus członkostwa), które miało też ustalać warunki umowne i wysokość płaconych stawek. Szpitale miały przystępować do umów samodzielnie i zasady przekazywania środków mogły być przedmiotem dokonywanych tam ustaleń. Jedynym mechanizmem, który miał umożliwić współpracę dwóch rozdzielonych sektorów było zawieranie trójstronnych umów, których stronami były Kasy Chorych i ich Związki, Zrzeszenia Lekarzy Kas Chorych, oraz przedstawiciele szpitali. Nadzór publiczny miał być bardzo słaby, a ZLKCh i ZKCh na szczeblu krajowym miały samodzielnie uzgadniać zasady udzielania świadczeń i zasady wynagradzania lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Interwencja rządu nie miała być podejmowana nawet wtedy, gdy uzgodnienia dotyczące warunków kontraktu okazałyby się niemożliwe do osiągnięcia. Urząd Nadzoru miał stosować w swoich działaniach jedynie kryterium legalności. Rola Ministerstwa Zdrowia była ograniczona do kilku zaledwie zadań regulacyjnych.

Dla dążeń reformatorskich AWS charakterystyczny może być zestaw zasad przedstawionych w dokumencie opracowanym w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów<sup>4</sup>. Znalazły się tam następujące cele:

- pluralizm systemowy, który oznaczał zarówno wielość źródeł finansowania, jak i wielość form organizowania świadczeniodawców (ważny także ze względu na możliwość wyboru dawaną pacjentowi);
- równość wszystkich obywateli (powszechność systemu, ta sama jakość świadczeń oraz proporcjonalnie ta sama wielkość obciążenia składką);
- solidaryzm społeczny (pomijanie ryzyka indywidualnego, uprawnienia rodziny ubezpieczonej osoby oraz opłacania świadczeń przez budżet za osoby znajdujące się w skrajnie złej sytuacji).

Sposób patrzenia na problem dobrze ilustruje następujący cytat:

---

<sup>3</sup> Na liście tej znalazły się następujące zasady:

- odpowiedzialność obywatela za własne zdrowie,
- współodpowiedzialność wszystkich uczestników systemu za jego skuteczne funkcjonowanie,
- solidarność społeczna,
- samorządność,
- prawo wolnego wyboru lekarza i kasy chorych,
- działalność nie dla zysku,
- samofinansowanie,
- świadczenia rzeczowe,
- gospodarność.

<sup>4</sup> System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Koncepcja, nowelizacja, wdrożenie, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, bez daty.

„Nasz rząd ma w ręku wszystkie atuty (gotowe rozwiązania merytoryczno-techniczne i wdrożeniowe reformy, liderów zmian, większość parlamentarną, społeczne przyzwolenie na wejście w reformę itp.) konieczne dla przełamania spirali niespełnionych obietnic”<sup>5</sup>.

Z punktu widzenia politycznych motywacji była to wizja bardzo atrakcyjna. Jednak w konfrontacji z faktami – być może poza sprawą społecznego przyzwolenia – miała mało wspólnego z rzeczywistością. Dalej autorka formułowała postulat „zbudowania całkowicie nowego, nieznanego w naszym kraju systemu...”, co uwypuklało konieczność posiadania podstaw, na których system ten miałby być konstruowany, podstaw, których nie było.

Całkowicie odmienne podejście do problemu celów reformy reprezentowane przez UW może zilustrować wypowiedź jej wiceministra. Chociaż pochodzi z okresu późniejszego i nie mogła kształtować debaty prowadzonej w 1998 roku, to pokazuje spektrum opcji, jakie mogły być wtedy brane pod uwagę, w warunkach kłopotów z ustaleniem wspólnych dla koalicji zasad. Autor wskazał cztery kierunki najważniejszych działań, wiążących się z realizacją reformy<sup>6</sup>. Kierunek pierwszy to bardziej dokładne ustalenie treści ról poszczególnych aktorów występujących na scenie ochrony zdrowia, co dotyczy przede wszystkim odpowiedzi na pytanie o to, kto jest kreatorem polityki zdrowotnej i kto ponosi odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa. Kierunek drugi odnosił się do problemu prywatyzacji, jej miejsca i funkcji w zachodzących i wprowadzanych przekształceniach. Kierunek trzeci dotyczył możliwości wykorzystania pieniędzy z szarej i czarnej strefy z korzyścią dla całego systemu zdrowotnego, co prowadziłoby do efektu w postaci zwiększonej puli pieniędzy, dostępnej bez zwiększania składki. Po czwarte, należało – zdaniem autora – przeanalizować słuszność działań zmierzających do coraz większej decentralizacji i dezintegracji systemu, bo być może integracja systemu byłaby korzystna nie tylko dla pacjenta (większy komfort opieki), ale także dla systemu (korzyści ekonomiczne). Wydaje się, że czas na takie pytania jest wtedy, gdy rozpoczyna się formułowanie programu reformatorskiego, a nie kiedy dochodzi do finalizacji. Postawione problemy dotyczyły najbardziej istotnych podstaw, na których system może być konstruowany.

Jakaś forma porozumienia została jednak zawarta i objęła następujące punkty<sup>7</sup>:

– wprowadzenie systemu powszechnego ubezpieczenia opartego na funduszach ubezpieczeniowych niezależnych od administracji rządowej oraz na samorządnych instytucjach zarządzających funduszami;

---

<sup>5</sup> „Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego warunkiem rzeczywistej przebudowy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między ograniczeniami a koniecznością”, maszynopis bez daty, podpisany przez Pełnomocnika ds. Wdrożenia PUZ – Annę Knysok. Przyznaje, że nie potrafię określić charakteru tego dokumentu, pisanego prawdopodobnie w styczniu 1998.

<sup>6</sup> T. Sienkiewicz, *Nad czym pracuje resort*, Służba Zdrowia, 47–48, 1999.

<sup>7</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000.

- rozwój innych form ubezpieczenia;
- określenie zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- oddłużenie zakładów i niedopuszczenie do powstawania zadłużenia w przyszłości;
- zmiany otoczenia organizacyjnego ochrony zdrowia.

Przedstawione cele uderzają swoją nie tylko ogólnikowością, co formalnym charakterem. W wielu miejscach nie niosą żadnej informacji. To, że należy określić zasady korzystania, albo że w otoczeniu zachodzą zmiany było – i jest – całkowitym truizmem. Ich wpisanie do umowy koalicyjnej w najmniejszym stopniu nie pomogło w przyszłym poszukiwaniu zakresu wspólnie akceptowanych zasad systemu i jego reformowania.

Krytyka poprzedników i pomijanie zastanego dorobku nie mogła zastąpić propozycji merytorycznych. Chodziło bowiem o to, że stara propozycja „prezydencka”, potraktowana jako źródło rekonstruowanych dążeń środowiska politycznego, zawierała kilka mechanizmów wyraźnie antyefektywnościowych. Dostępna wiedza pozwalała sądzić, że rozdrobnienie płatników i świadczeniodawców, powierzenie funkcji organizatorskich i koordynacyjnych silnym instytucjom zawodowym, drastyczne ograniczenie uprawnień instytucji publicznych muszą prowadzić do obniżania poziomu sprawności i w miejsce starych barier wprowadzić nowe. Spór toczył się także o wysokość składki. W kampanii wyborczej AWS pojawiał się stale postulat ich zwiększenia. Jako metodę jego realizacji wskazywano zwiększenie wymiaru składki powyżej pułapu 10% przyjętego w ustawie ubezpieczeniowej. Wymieniano zwykle wielkość 11% wymiaru podstawy obliczania składki. Postulat ten uzupełniano zaleceniem, aby wydatki zdrowotne przekroczyły próg 6% PKB. Kontekst wypowiedzi był zwykle taki, że autorom chodziło przeważnie o wydatki publiczne, a więc wydatki łączne sięgałyby proporcji znacznie powyżej tego poziomu, co było postrzegane jako zagrożenie dla finansów publicznych przez wszystkich zorientowanych na efektywność ekonomiczną. Reprezentantem tak rozumianej racjonalności była Unia Wolności, ale przede wszystkim Ministerstwo Finansów i osobiście L. Balcerowicz. Z ich punktu widzenia, jako podmiotów troszczących się o bezpieczeństwo finansów publicznych, mechanizmy uniemożliwiające sprawowanie kontroli nad zawyżonymi wydatkami były niemożliwe do zaakceptowania. Prowadziło to do powstania wyraźnych napięć wewnątrz koalicji dotyczących sposobu kształtowania reformy zdrowotnej. Ich rozwiązywania nie ułatwiał fakt posługiwania się przez koalicjantów zupełnie różnymi językami i perspektywami postrzegania problemów społecznych – prospołecznie nastawiona AWS i technicznie zorientowana Unia<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Wyrazem tego trwającego konfliktu było opublikowanie przez Ministerstwo Finansów „Czarnej księgi marnotrawstwa w ochronie zdrowia”. Zarzuty dotyczyły: narastania zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej, niewystarczającego wykorzystywania dostępnej aparatury, zwiększających się wydatków na drogie leki, które bywają przepisywane bez wystarczającej potrzeby, a także nieprzestrzegania praw pacjenta przez personel medyczny. Fakty przedstawione w tym dokumencie były znane, jego znaczenie polegało więc na czasie ich ujawnienia, co musiało być odczy-



Interesującym przykładem trwającego napięcia było przedstawienie przez grupę posłów Unii Wolności własnego projektu ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”<sup>9</sup>. Przygotowanie tego projektu zostało zainicjowane pod koniec lutego, kiedy okazało się, że Unia nie ma koncepcji, która mogłaby być przeciwstawiona propozycjom AWS. Był on pisany w tym samym czasie, kiedy trwały intensywne negocjacje dotyczące nowelizacji ustawy o PUZ. Zaproponowano, by zasada publicznej odpowiedzialności za dostęp do świadczeń była realizowana przez powierzenie jednostkom samorządu terytorialnego głównej części zadań w tym zakresie i wprowadzenie zaopatrzeniowego tytułu do świadczeń. Odróżnienie pakietów (zakresów) świadczeń, wojewódzkiego, powiatowego i realizowanego na szczeblu krajowym konkretyzowało zakresy odpowiedzialności każdego z odpowiedzialnych podmiotów. Wykluczano konkurencję cenową i tworzone zachęty do integrowania świadczeń. Z punktu widzenia idei wykorzystywanych w reformie, projekt mógł być potraktowany jako nawiązujący do nurtu wzmacniania samorządowej służby zdrowia w Polsce<sup>10</sup>. Jednak główna autorka projektu, K. Tymowska, zaprotestowała gwałtownie, stawiając tezę o całkowitej oryginalności przedstawionych pomysłów<sup>11</sup>. Odrzuciła też tezę, że projekt ten lokował się poza głównym nurtem reformy. Spory co do historycznej oceny projektu i jego zawartości merytorycznej nie zmieniają jednak faktu, że jego pojawienie się – był z pewnością niezgodny ze stanowiskiem wypracowanym przez rząd, którego UW była członkiem – skomplikowało debatę i w praktyce nie przyczyniło się do podniesienia wartości merytorycznych całego procesu<sup>12</sup>.

Początkowo AWS próbował forsować swoje stanowisko, lekko je tylko modyfikując i w dokumentach przedstawianych jeszcze na wiosnę 1998 roku pozostawiono wiele starych postulatów<sup>13</sup>. Liderzy reformy długo bronili 10% składki<sup>14</sup> – o jej podwyższeniu nie było już mowy – ponieważ resort finansów proponował składkę 6%. Ostatecznie uzgodniono kompromis na poziomie 7,5%

---

tane jako gest nieprzyjazny wobec kierowanego przez AWS Ministerstwa Zdrowia. „Czarna księga marnotrawstwa w ochronie zdrowia”, Ministerstwo Finansów, Biuro Prasowe, 1 czerwca 1998.

<sup>9</sup> Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”, Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998 r. Projekt był przygotowany przez zespół pracujący pod kierownictwem Katarzyny Tymowskiej, w skład którego wchodził: D. Dudarewicz, F. Gajek, P. Poznański, M. Piróg.

<sup>10</sup> Przedstawiłem taką opinię w tekście *Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrowniki koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie, 1(2), 1999.

<sup>11</sup> K. Tymowska napisała: „(...) jedynie ktoś nie znający tego projektu może powiadać, że „dziedziczono” w nim coś, co było w nieznanym bliżej projekcie powiatowej służby zdrowia oraz w tzw. ustawie o dużych miastach”. K. Tymowska, *Główny nurt działań reformatorskich – co to oznacza?* Zdrowie i Zarządzanie 1(3), 1999:13–16, s.14.

<sup>12</sup> Dla zewnętrznego obserwatora nie było jasne, czy projekt był wyrazem oficjalnego stanowiska całej partii, czy tylko Forum Zdrowia UW (uchwała z maja 1998 r.). Uznając, że był to organ statutowy, można mieć wątpliwości, czy był upoważniony do wyrażania stanowiska partii. Nasi respondenci pozostawili mnie z tymi wątpliwościami.

<sup>13</sup> Kasy Chorych. Nowelizacja Ustawy. 7 marca 1998, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ. Warto jednak podać dodatkową informację, że wewnątrz tekstu jest data: grudzień 97.

<sup>14</sup> Ta wielkość wymiaru składki znajduje się w projekcie z dnia 20 marca 1998.

wymiaru składki<sup>15</sup>. Nacisk ze strony Ministerstwa Finansów<sup>16</sup>, sprawił, że rząd uzgodnił wersję daleko odbiegającą od tego, co było punktem wyjścia w starym projekcie prezydenckim<sup>17</sup>. Po dalszych pracach, i po wniesieniu kolejnych poprawek<sup>18</sup>, projekt ustawy – jako przedłożenie rządowe – został przesłany do Sejmu<sup>19</sup>. Jednak mimo uzyskania formalnego uzgodnienia pozostały wyraźne różnice między koalicjantami: AWS dystansował się wobec wielkości składki i niektórych rozwiązań „nie dość ubezpieczeniowych”, a UW wobec rozwiązań „zbyt ubezpieczeniowych”, w których pomijano rolę samorządu terytorialnego. Także partie spoza koalicji i grupy posłów nieprzekonane do przyjętej propozycji zgłaszały liczne propozycje, co owocowało bardzo częstymi nowelizacjami ustawy o PUZ.

Nowelizacja usunęła przepis, który przewidywał gwarancje państwa, dotyczące udzielania ubezpieczonym świadczeń określonych w ustawie<sup>20</sup>. Zostało to potraktowane przez wielu obserwatorów jako wycofanie się państwa z odpowiedzialności za dostęp obywateli do świadczeń udzielanych w dostatecznie szerokim zakresie i na wystarczająco wysokim poziomie. Od wejścia w życie takiego przepisu organy administracji publicznej mogły twierdzić, że sprawy służby zdrowia nie są już w zakresie ich kompetencji. Niedaleka przyszłość miała pokazać, że instytucją, która szczególnie chętnie odwoływała się do tej idei było Ministerstwo Zdrowia.

Należy wspomnieć o jeszcze jednej pominiętej sprawie. Mam na myśli rezygnację z ustalenia zasad wynagradzania świadczeniodawców, zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i indywidualnym. Miało to poważne następstwa psychologiczne: z jednej strony, wzbudziło nadzieje na wyraźny wzrost otrzymywanych środków, a z drugiej wywołało stan niepokoju i nieufności. Utrudniało także przewidywanie nakładów na opiekę zdrowotną<sup>21</sup>.

---

<sup>15</sup> Warto odnotować, że wersja z dnia 6 kwietnia nie zawierała wielkości składek na ubezpieczenie zdrowotne (pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, pismo MA/960/98). Wielkość ta została wprowadzona dopiero w wersji z dnia 15 kwietnia (pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, pismo MA/1035/98).

<sup>16</sup> W piśmie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ z dnia 15 kwietnia 1998 znajduje się wzmianka „zmiany zostały wprowadzone zgodnie z życzeniem Pana Wicepremiera Leszka Balcerowicza wyrażonym w trakcie obrad Rady Ministrów...”

<sup>17</sup> Projekt ustawy z dnia...1998 r. zmieniającej ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (20 marca 1998).

<sup>18</sup> Następny projekt nosi datę 6 kwietnia 1998, a już 9 kwietnia na posiedzeniu Rady Ministrów wniesiono do niego kilka istotnych poprawek.

<sup>19</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy z dnia 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

<sup>20</sup> Chodzi o dawny art. 4.

<sup>21</sup> Dosłowne potraktowanie hasła „pieniądze płyną za pacjentem” oznaczałoby stosowanie metody „fee-for-service”, która nieuchronnie prowadzi do niekontrolowanego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, ze szkodą dla równowagi gospodarczej.

#### 4.1.2. Instytucje wdrażające

Po uchwaleniu zasadniczej nowelizacji – wkrótce okazało się, że była to tylko jedna z bardzo licznych zmian ustawowych – rozpoczęło się tworzenie nowych instytucji. Punktem wyjścia była obsada Ministerstwa Zdrowia, gdzie zastosowano łączenie stanowisk w administracji rządowej i w różnych organizacjach środowiska lekarskiego. Urzędujący minister pozostawał członkiem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej<sup>22</sup>. Urzędujący wiceminister został wybrany w skład NRL<sup>23</sup>. Jeden z przywódców Związku Zawodowego Lekarzy, także wchodzący w skład NRL, został powołany na stanowisko wiceministra zdrowia<sup>24</sup>. Praktyka ta może być dwojako komentowana. Z jednej strony, wciąganie przedstawicieli zawodów medycznych w proces zarządzania, zwłaszcza w tak trudnym okresie, jak wdrażanie reformy, zawsze było głoszonym postulatem. Działacze i menadżerowie wnosili do procesu decyzyjnego świeżą wiedzę na temat niezakłamanej rzeczywistości. Można więc twierdzić, że słuszna zasada doczekała się zastosowania. Z drugiej jednak strony, można było mieć poważne wątpliwości co do kompetencji przynajmniej niektórych nominatów, a ponadto całkowicie zacierały się granice tożsamości, samoidentyfikacji i odpowiedzialności, kiedy nie można było ustalić, w której z kilku jednocześnie pełnionych ról występuje decydent. Możliwa jest także interpretacja, że wciągnięcie działaczy do pracy administracyjnej będzie służyć „oswojeniu” ich samych oraz ich rodzimych organizacji, co miało być równoznaczne ze stopniem radykalizmu stawianych postulatów. Chodzić zatem mogło o nadzieję, że dawny działacz zacznie się bardziej identyfikować z interesem wspólnym – dobrem publicznym – a nie tylko z interesem swojej grupy zawodowej lub organizacji. Podkreślić należy, że ta pragmatyczna interpretacja nie znalazła potwierdzenia w opiniach uczestników tamtych wydarzeń, a obserwując zachowania ówczesnych decydentów, nie można było dostrzec złagodzenia reprezentowanych pierwotnie postaw.

Analizując sytuację w Ministerstwie Zdrowia, warto zauważyć, że zgodnie z koalicyjnym charakterem rządu obsada ministerstwa także powinna być koalicyjna. Jednak faktycznie dominowali przedstawiciele AWS. Wiceminister delegowany przez UW nie brał udziału w pracach nad reformą, a kiedy podał się do dymisji przez długi czas, aż do grudnia, w kierownictwie ministerstwa nie było reprezentanta partii będącej członkiem koalicji rządowej. Z drugiej strony dystans wobec reformy, podkreślany przez UW, nie ułatwiał nawiązywania współpracy z jej przedstawicielem.

Wdrażanie reformy było prowadzone w znacznym stopniu poza rutynową działalnością Ministerstwa. Zasadnicza rola w tym procesie przypadła Pełno-

---

<sup>22</sup> *Czubek góry lodowej*, z ministrem zdrowia Wojciechem Maksymowiczem rozmawiają Ewa Gwiazdowicz i Marek Stankiewicz, *Gazeta Lekarska*, 12, 1997.

<sup>23</sup> Lista lekarzy wybranych w skład NRL na IV Krajowym Zjeździe Lekarzy, *Gazeta Lekarska*, 1, 1998.

<sup>24</sup> Lista lekarzy wybranych w skład NRL na IV Krajowym Zjeździe Lekarzy, *Gazeta Lekarska*, 1, 1998.

mocnikowi ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, który miał pełnić swoją funkcję w imieniu rządu – została nim Anna Knysok. Urzędowała jednocześnie jako wiceminister zdrowia. To podwójne umocowanie wzmacniało pozycję pełnomocnika, ale jednocześnie wprowadzało niejasność w hierarchii kompetencji, kiedy należałoby postawić pytanie o pierwszeństwo w rozstrzyganiu spraw dotyczących reformy. Niejasności te potęgował fakt powołania pełnomocnika-koordynatora czterech reform społecznych, którym była Teresa Kamińska. Z racji zajmowania się wszystkimi reformami pełnomocnik-koordynator miał pozycję nadrzędną wobec rozstrzygnięć odnoszących się do jednej tylko reformy, ale nie znajdowało to jasnego odzwierciedlenia w formalnych strukturach decyzyjnych. W tej sytuacji bardzo dużo zależało od indywidualnych cech osób zajmujących poszczególne stanowiska.

Zasadniczym elementem wstępnej fazy wdrażania reformy było powołanie pełnomocników regionalnych. Ich podstawowym zadaniem było zainicjowanie tworzenia i doprowadzenie do powstania regionalnych kas chorych (do czasu rejestracji były prowadzone jako kasy tymczasowe). Formułowana wówczas opinia dotycząca stosowania politycznego klucza przy tych nominacjach była – jak się wydaje – wysoce uzasadniona, chociaż póki działał polityczny parasol AWS, tylko dwóch pierwotnych nominatów zostało odwołanych ze względów merytorycznych. Kiedy o nominacjach nie decydował Pełnomocnik ds. Wprowadzenia PUZ, ale sejmik wojewódzki, we wszystkich województwach, w których AWS nie miała przewagi, jej kandydaci zostali odwołani. Z drugiej strony, byli to ludzie bardzo wysoko motywowani i mający poczucie misji<sup>25</sup>. Niekiedy było tak silne, że prowadziło do przekonania, że działają we wrogim otoczeniu, co potwierdzali nasi respondenci. Z drugiej strony, w raporcie NIK uznano, że aż 13, spośród 16 dyrektorów kas chorych nie miało należytego wykształcenia<sup>26</sup>, a o jakości ich pracy miał świadczyć fakt, że żadna z kas nie zastosowała wytycznych dotyczących budowania struktur organizacyjnych, przekazanych przez pełnomocnika<sup>27</sup>.

Równolegle rozpoczęto proces przekształcenia wszystkich zakładów opieki zdrowotnej w zakłady samodzielne, co miało stanowić warunek zawarcia umowy z kasą chorych, a stało się oczywiste, że niepodpisanie umowy było równoznaczne z zamknięciem źródeł finansowania zakładu, co musiałoby prowadzić – w nieodległej perspektywie – do jego likwidacji. Bodźcem inicjującym tę fazę działań był list wystosowany w czerwcu przez ministrów: finansów, spraw wewnętrznych i administracji oraz zdrowia i opieki społecznej, adresowany do wszystkich wojewodów<sup>28</sup>. Procedura miała się zakończyć (złożenie wniosków) w ciągu 75 dni.

<sup>25</sup> A. Rapicka, *Rozmowa z A. Steczyńskim, dyrektorem PRKCh*, Biuletyn Kas Chorych, 9, 1999.

<sup>26</sup> L. Kraskowski, *Kasy chorych do naprawy*, Rzeczpospolita, 15.09.2000.

<sup>27</sup> Informacja na temat prac Zespołu ds. Analiz Struktur Organizacyjnych Regionalnych Kas Chorych, Krajowy Związek Kas Chorych, Warszawa, 04.03.2001. Być może była to sensowna decyzja; o rekomendacjach przygotowanych przez firmę konsultingową „Otrek” nie mogę nic powiedzieć.

<sup>28</sup> Pismo PSA/014/A/499/98.

W listopadzie ustalono zasady dotyczące prawa wyboru płatnika<sup>29</sup>. Ustalono, że osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego stawały się z mocy prawa członkami regionalnej kasy chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania, a wniosek o zmianę członkostwa mógł być uwzględniony nie wcześniej niż z dniem 1 stycznia 2000 roku. Natomiast członkami kasy branżowej mogły stać się jedynie osoby korzystające na podstawie dotychczasowych przepisów ze służby zdrowia MON i MSWiA. Proklamowane wcześniej prawo wyboru – jedno z nadrzędnych haseł reformy – zostało zawieszone. Ten sam przepis wprowadził też w życie normy umożliwiające procedurę rejestrowania kas chorych, co było warunkiem uzyskania przez kasy osobowości prawnej. Jakiś czas później przygotowano przepisy, dzięki którym podstawą otrzymania świadczenia miały stać się stosowane dotychczas dokumenty – stara legitymacja ubezpieczeniowa, książeczka RUM, odcinek renty<sup>30</sup>. Złagodzone w ten sposób wymogi, sformułowane w ustawie ubezpieczeniowej, które były tak rygorystyczne, że praktycznie przekreślały możliwość korzystania. Ponieważ jednak treść nowego przepisu nie została opublikowana do końca 1998 roku, publiczne apele liderów reformy o ich stosowanie były w istocie nawoływaniem do stosowania nieobowiązującego prawa.

Podobnie, jak to miało miejsce w poprzednim etapie reformy, konkretyzacja zamierzeń reformatorskich spotkała się z niechętną reakcją środowisk medycznych<sup>31</sup>. Środowiska, które jeszcze niedawno z nadzieją traktowały obietnice wyborcze składane przez „Solidarność” poczuły się rozczarowane. W czasie, kiedy koalicja rządowa próbowała uzgodnić kompromisowe stanowiska, liczne środowiska medyczne organizowały protesty przeciw zmianom. Niekiedy protesty przybierały formę uciążliwych akcji, które były postrzegane jako zagrożenie także dla pacjentów<sup>32</sup>. Tak więc czas poprzedzający wiele fundamentalnych decyzji, a następnie okres preparacyjny, nie sprzyjały spokojnemu i systematycznemu jego przygotowaniu.

#### 4.1.3. Konfliktowe wydarzenia

Zanim jeszcze doszło do wdrożenia, nastąpiły dwa zdarzenia, które znacznie utrudniły proces implementacji jednego z najważniejszych instrumentów reformy – umów. Pierwsza kwestia dotyczyła kontraktów menadżerskich, specyficznej umowy zawieranej z kierownikiem samodzielnego zakładu, która miała służyć poprawie jakości zarządzania. W ministerstwie powołany został Zespół ds.

---

<sup>29</sup> Ustawa z dnia 9 listopada 1998 o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. nr 144, poz. 929.

<sup>30</sup> Projekt przedstawiony przez Teresę Kamińską na seminarium Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa, 4 grudnia 1998.

<sup>31</sup> A. Stankiewicz, *Przeobrażeni w polityków*, Gazeta Lekarska, 9, 1998.

<sup>32</sup> Ponad 60% respondentów uważało za takie zagrożenie strajki lekarzy; W. Derczyński, *Funkcjonowanie służby zdrowia. Konflikt rząd – lekarze*, Komunikat CBOS, CBOS, Serwis Informacyjny, 2/1997.

Kontraktów Menadżerskich, który miał przygotować ogólne zasady stosowania tego narzędzia. Informacja oraz sugestia zachęcająca do korzystania z nowej formuły angażowania menadżerów została przekazana wojewodom, którzy byli wówczas odpowiedzialni – działo się to przed przekazaniem większości zakładów samorządom terytorialnym – za prowadzenie zakładów. Przynajmniej część wojewodów zareagowała pozytywnie, przygotowała umowy dające menadżerom bardzo korzystne warunki, zwłaszcza w sprawie trwałości zatrudnienia i wyznaczyła w nich bardzo wysokie wynagrodzenie. Wynagrodzenie było porównywalne ze stawkami stosowanymi w innych gałęziach gospodarki, ale zupełnie nieprzystające do warunków finansowych biednego sektora publicznego. Przy okazji skompromitowano też ideę fachowego zarządzania, które jest na tyle cenne, że musi być wynagradzane w sposób specjalny. Druga kwestia dotyczyła umów z anestezjologami. Tym razem inicjatorem był jeden z wiceministrów – specjalista anestezjolog – który stworzył możliwość zawierania bardzo intratnych kontraktów przedstawicielom swojej specjalności, przyznając zawyżone środki na ten cel. Oczywiście niesprawiedliwość wyróżnienia jednej specjalności zawodowej – pretekstem były szczególnie trudne warunki wykonywania pracy, ale poważniejszym powodem były protesty przybierające niejednokrotnie postać szantażu – rzuciła bardzo złe światło zarówno na mechanizm umowy, jak i na rzetelność prowadzenia procesu kontraktowania.

Zauważmy, że przedstawione przykłady patologii brały swój początek w poczynaniach źle zorganizowanego i niekontrolowanego Ministerstwa Zdrowia. To ciąg takich zdarzeń doprowadził do sformułowania opinii przez pracowników NIK, którzy stwierdzili, że „takiego bałaganu w resorcie zdrowia nigdy nie było”, a przyczyną tego był sposób wdrażania reformy<sup>33</sup>.

#### 4.1.4. Sprawy POZ

W tym samym czasie, kiedy trwały gorące spory i konflikty na temat ostatecznego kształtu wdrażanej reformy, prowadzono prace dotyczące roli podstawowej opieki zdrowotnej. W 1998 roku przygotowano oficjalny dokument „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego”<sup>34</sup>. Zgodnie z często stosowaną metodą postępowania, za punkt wyjścia określenia funkcji POZ przyjęto listę kompetentnych świadczeniodawców, za których uznano lekarzy rodzinnych, lekarzy stomatologów, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne oraz pielęgniarki szkolne. Suma umiejętności reprezentowanych przez tych pracowników stanowiła o zakresie świadczeń dostępnych w POZ. Jednocześnie zawody te potraktowano jako docelową strukturę świadczeniodawców i – co należy podkreślić – tylko przejściowo proponowano zatrudnianie przedstawicieli dawnych specjalności podstawowych. Podejmując

<sup>33</sup> L. Kraskowski, *Przewlekła choroba Ministerstwa Zdrowia*, Rzeczpospolita, 13.06.2000.

<sup>34</sup> MZiOS Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego (przygotował zespół: J.R. Łuczak, A. Roślewski, T. Tomasiuk, A. Windak), Antidotum, 7, 1998.

wątki organizacyjne, proponowano tworzenie praktyk lekarskich i pielęgniarskich oraz zakładów niepublicznych i publicznych. Proponowano szerokie stosowanie budżetów pozostających w dyspozycji lekarza POZ, z których mogliby oni kupować niektóre badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Przewidując wprowadzenie w życie systemu kontraktów, zalecano, by szczegółowe określanie zakresu działań poszczególnych świadczeniodawców następowało poprzez zawieranie umów cywilnoprawnych, które także stanowiłyby podstawę przekazywania środków finansowych. Aprobowano wszystkie dostępne metody ustalania płatności, choć wyrażano poparcie dla metody mieszanej, łączącej odpłatność kapitacyjną z elementami odpłatności za usługę. Dostrzegano niebezpieczeństwo przerzucania kosztów i ograniczania korzystania pod wpływem nie dość precyzyjnie skonstruowanych bodźców finansowych. Formułując postulaty dotyczące kompetencji, i związane z tym problemy kształcenia, zwracano uwagę na treści medyczne oraz na treści dotyczące „prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej”. Interesujące, że pominięto kwestie dotyczące społecznego kontekstu zarówno postępowania zdrowotnego, jak i działania organizacyjnego. Stawiając problem funkcji regulacyjnych, autorzy dokumentu dostrzegali rolę MZiOS, a także organizacji pacjentów o charakterze konsumenckim, ale zasadniczą rolę przyznawali autonomicznym organizacjom profesjonalnym – izbom lekarskim, zwłaszcza w dziedzinie wydawania certyfikatów uprawniających do prowadzenia praktyk (izby pielęgniarek i położnych pominięto) oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w dziedzinie „wewnętrznych procedur zabezpieczenia jakości”. Warto podkreślić, że tę ostatnią funkcję zamierzano rozwijać bez stawiania problemu jej prawnego umocowania, a odwołując się jedynie do argumentu profesjonalnej racji.

Dokument ten stał się podstawą przekształceń POZ realizowanych w toku wdrażania reformy opieki zdrowotnej, co dotyczyło dwóch problemów. Z jednej strony, przekształcenia instytucjonalne, poprzedzone odpowiednimi zmianami w przepisach, szły w kierunku wskazanym w dokumencie. Z drugiej, jego podstawowe elementy – przy podkreśleniu sprawowania opieki zarówno w miejscu zamieszkania, jak i nauki – stały się obowiązującą wykładnią przy zakupie przez kasy chorych świadczeń z zakresu POZ<sup>35</sup>.

#### **4.1.5. Nadzór sanitarny**

W ramach przygotowywania pakietu reformatorskiego, zwłaszcza uzgadniania rozwiązań stosowanych w sektorze zdrowotnym i administracji publicznej, zmieniono koncepcję i strukturę inspekcji sanitarnej. Już zmiana nazwy – pominięto przymiotnik „państwowa”, sygnalizowała podstawowe cechy nowego podejścia<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Dokument: Standard zakupu „podstawowej opieki zdrowotnej”. Materiały dla świadczeniodawców i płatników (Standard 2001).

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst zmieniony), Dz.U. 2002, Nr 37, poz. 239.

Inspekcja sanitarna była powoływana do sprawowania nadzoru nad warunkami higieny środowiska, higieny w zakładach pracy, w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, w ośrodkach wypoczynku, nad jakością żywności i żywienia. Szczególnie akcentowanym celem było zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych i zawodowych.

Centralnym organem administracji rządowej był Główny Inspektor Sanitarny, podporządkowany ministrowi zdrowia. Inspektor pełnił swoje funkcje przy pomocy podległego mu aparatu (inspekcji sanitarnej). Zadania jego urzędu obejmowały zapobiegawczy nadzór sanitarny, bieżący nadzór, zapobieganie i zwalczanie chorób, inicjowanie, organizację, prowadzenie, koordynowanie i nadzorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej. Na szczeblu centralnym działała Rada Sanitarno-Epidemiologiczna, pełniąca funkcje doradcze i opiniodawcze.

Na szczeblu wojewódzkim wojewodzie, jako reprezentantowi rządu, powierzono odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne. W jej ramach wykonywał zadania inspekcji sanitarnej, przy pomocy podległego mu inspektora, jako kierownika wojewódzkiej inspekcji sanitarnej (wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej), wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej. Wojewoda tworzył też zakład, który miał wykonywać techniczne zadania inspekcji.

Na szczeblu powiatowym powoływano powiatowego inspektora sanitarnego, jako kierownika powiatowej inspekcji sanitarnej (powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej), wchodzącej w skład zespolonej administracji powiatowej. Powoływano też portowego inspektora sanitarnego.

Wojewódzkich inspektorów powoływał i odwoływał wojewoda, w porozumieniu z Głównym Inspektorem Sanitarnym. Powiatowych inspektorów powoływał starosta, w porozumieniu z inspektorem wojewódzkim. W przypadku powoływania i odwoływania ich zastępców stroną porozumienia byli inspektorzy odpowiedniego szczebla. Formalnie więc inspektorzy byli wkomponowani w struktury administracji rządowej na szczeblu wojewódzkim oraz administracji samorządowej na szczeblu powiatowym. Ich aparat pracy – stacje sanitarno-epidemiologiczne – były powoływane jako zakłady opieki zdrowotnej, finansowane z budżetu państwa, których inspektorzy byli kierownikami.

Inspektorzy w sprawach profesjonalnych podporządkowani byli raczej w układzie technicznym Głównemu Inspektorowi i inspektorom wojewódzkim. Polegało to na możliwości ustalania ogólnych kierunków działania, szczegółowych zasad postępowania. Inspektor wojewódzki mógł ponadto wydawać polecenia dotyczące podjęcia konkretnych czynności. Główny Inspektor mógł również w każdym czasie odwołać każdego inspektora, jeśli przemawiał za tym „interes służby”. W przypadkach tych obowiązywała ogólna zasada „porozumienia”, stosowana w rutynowych procedurach powoływania i odwoływania inspektorów, bo zasada ta była adresowana do wojewodów i starostów, a nie Głównego Inspektora. Inspektor wyższego szczebla działał jako nadrzędna instancja w postępowaniu administracyjnym.



Sejmik wojewódzki i rada powiatu powinny raz do roku rozpatrywać informację na temat stanu sanitarnego. Inspektor wojewódzki miał obowiązek przekazywania zarządom powiatów informacji o wynikach kontroli ważnych obiektów, usytuowanych na ich terenie. Organy te, a także rada gminy mogły w każdym czasie żądać przedstawienia takiej informacji – nie częściej jednak, niż raz na trzy miesiące. Na podstawie posiadanych informacji rady powiatu mogły podejmować uchwały ustalające kierunki działania organów inspekcji. Natomiast starosta, wójt, burmistrz, prezydent miasta mogli wydać inspektorowi polecenie w przypadku bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego, szczególnie zagrożenia życia i zdrowia ludzi. Polecenie takie nie mogło obejmować szczegółowego określenia nakazywanych czynności, a jedynie wskazywać przedmiot działania. Zarówno w przypadku polecenia, jak i uchwały rady powiatu, o której była mowa, wprowadzono obowiązek niezwłocznego informowania inspektora wojewódzkiego. Sposób budowania zasad podległości w inspekcji sanitarnej zawierał w sobie wyraźnie niespójne elementy. Z jednej strony, próbowano stosować reguły ścisłego pionowego podporządkowania, umożliwiającego egzekwowanie jednolitego postępowania i dyscypliny. Jednocześnie próbowano godzić te reguły z ideami samorządowej władzy zespolonej administracji. Utrudniało to funkcjonowanie inspekcji, również administracji samorządowej nie ułatwiało samodzielnego i kompetentnego zajmowania się tymi aspektami zdrowia publicznego, które znalazły się w kompetencjach inspekcji sanitarnej.

## 4.2. Faza pierwsza: model <sup>37</sup>

Ostatecznie – w tej fazie reformy – uchwalona ustawa zachowała podstawowe koncepcje: rozróżnienie funkcji płatnika i świadczeniodawcy, duże regionalne kasy, umowa jako podstawa budowy więzi wewnątrzsystemowych. Tworzony model opierał się na koncepcji wewnętrznego rynku, koncepcji, która polegała na łączeniu zasady publicznej odpowiedzialności z mechanizmami rynkowymi: wyborem i konkurencją. Konkurować mieli przede wszystkim świadczeniodawcy, prywatni i publiczni, o środki publiczne udostępniane przez uprawnionego dysponenta. Pacjenci mieli mieć prawo wyboru preferowanego świadczeniodawcy, ale ich decyzja miała tylko pośredni wpływ na przepływ pieniędzy, zgodnie z regułami wewnętrznego rynku, mimo hasła „pieniądz idzie za pacjen-

---

<sup>37</sup> W tym fragmencie wykorzystałem wiele ustaleń z moich tekstów: *Instytucje opieki zdrowotnej. Funkcje zadane i funkcje realizowane* [w:] *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, pod red. St. Golinowskiej, PBZ, z. 16, IPiSS, Warszawa 1999:35–106; *Cele reformy opieki zdrowotnej* [w:] *Cztery reformy. Od koncepcji do wdrożenia*, pod red. Leny Kolarskiej-Bobińskiej, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2000:145–168; z książki pisanej z J. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie, „Vesalius”*, Kraków 2000; a także z pracy M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w RP w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Juris, Warszawa 2001.

tem”. Od początku zresztą model był budowany w taki sposób, że pieniądź nie mógł wprost płynąć za pacjentem, ale w świadomości wielu środowisk reforma miała dążyć do tworzenia rynku, a świadomość różnic między rynkiem wewnętrznym a rynkiem otwartym, nie była powszechna. Mogą świadczyć o tym także stwierdzenia o powstawaniu „wolnego rynku usług medycznych”<sup>38</sup>.

Położenie nacisku na rynek w przedstawianiu zasad modelowych było związane ściśle z rzeczywiście realizowanym dążeniem do decentralizacji. Reforma była jednym z etapów tego procesu, którego fazami było powołanie gmin, wprowadzenie możliwości tworzenia zakładów opieki zdrowotnej przez różne podmioty, co było równoznaczne z likwidacją jednolitej, państwowej instytucji, której częściami mieli być świadczeniodawcy, usamodzielnienie grup zawodów medycznych, tak w sensie samoorganizacji pracy oraz samozatrudnienia, jak i tworzenia obowiązkowych przedstawicielstw zawodowych, wreszcie powołanie nowych szczebli samorządu terytorialnego – powiatu i województwa. Nacisk na decentralizację – jego częścią było też powołanie regionalnych kas chorych – sprzyjał wycofywaniu się rządu z bezpośredniego angażowania się w zarządzanie systemem. W zdecentralizowanym, rynkowo zorganizowanym systemie, wiele ważnych decyzji powinno być podejmowanych samodzielnie przez uczestników systemu, przy minimalizowaniu udziału rządu. Klimat niechęci wobec kontroli i interwencji rządowej powinien być traktowany nie tylko jako odtworzenie nastrojów towarzyszących podejmowaniu decyzji, ale także jako reguła pozwalająca interpretować różne wprowadzane w życie rozstrzygnięcia.

#### 4.2.1. Kasy Chorych

Celem pełnienia funkcji płatnika powołano do życia 16 regionalnych kas chorych, działających na terenie województw oraz kasę branżową, której członkami zostali zawodowi żołnierze i policjanci oraz ich rodziny. Kasy miały dysponować środkami pochodzącymi ze składek, zgromadzonymi na ich terytorium przez ZUS, ale celem eliminacji nieuzasadnionych różnic w stanie zamożności poszczególnych kas wprowadzono mechanizm wyrównywania. W formule wyrównawczej uwzględniono parametry demograficzne, które wpływają na wielkość zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z ustawą kasa chorych miała być „instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych”, co często jest traktowane jako charakterystyczne dla rozwiązań typu ubezpieczeniowego.

Organami Kasy Chorych była Rada i Zarząd. Rada, której liczebność nie powinna przekraczać 21 osób, była powoływana przez sejmik województwa. Przy ich powoływaniu bierne prawo wyborcze przysługiwało osobom, które były w niej ubezpieczone, a ponadto pochodziły „z obszaru działania regionalnej kasy chorych”. Jednym z jej najważniejszych uprawnień było powoływanie

---

<sup>38</sup> Nie przypadkiem pierwszy oficjalny komentarz został wydany w serii „Rynek a medycyna”, por.: B. Cichy, I. Pawłowski, R. Pietrzak, *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Twigger, Warszawa 1998.

i odwoływanie dyrektora oraz, a na jego wniosek, dwóch zastępców, w tym dyrektora ds. medycznych.

Samodzielność kas była traktowana jako elementarny warunek ich efektywnego działania – zawierania najbardziej korzystnych umów – ale także jako wartość w sferze politycznej. Samodzielność kas miała dwa wymiary: swobodę pozostawioną kasom w procesie tworzenia oraz możliwości niezależnego działania w toku wykonywania funkcji płatnika.

W pierwszej sprawie w znowelizowanej wersji ustawy pominięto rozstrzygnięcia dotyczące wewnętrznej struktury kas. W okresie wdrażania decyzję o wewnętrznej strukturze podejmował minister zdrowia, na wniosek regionalnego pełnomocnika. Następnie sprawa wewnętrznej struktury była określana w statucie, uchwalanym przez radę kasy i zatwierdzanym przez UNUZ. Otwierało to na przyszłość możliwość elastycznej koordynacji w skali kraju.

Możliwość ograniczenia samodzielności powstawała wtedy, gdy gospodarka finansowa kasy byłaby prowadzona źle i kiedy byłby naruszony fundusz rezerwowy, a przekonujący plan sanacji nie zostałby przedstawiony. Zachodziłaby wówczas konieczność ustanowienia zarządu komisarycznego, który mógłby dokonać zmian organizacyjnych, za zgodą UNUZ.

Specyficzne ograniczenia kompetencji kas wynikały z obowiązku realizowania w toku zawierania umów na udzielanie świadczeń postanowień planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. To „w oparciu o ten plan Kasa Chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami”. Ograniczenie to nigdy nie zostało zastosowane, ponieważ z powodu niewydania przepisów wykonawczych plany w tej postaci nigdy nie były tworzone.

Natomiast w sprawie określania treści i zawierania umów kasy korzystały z bardzo dużej swobody, z jednym jednak wyjątkiem. Obowiązane były zawierać odrębne umowy na świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, niezależnie od tego, na ile te separowane kontrakty zapewniały bardziej efektywne wykorzystywanie środków. W innych natomiast kwestiach kasy nie były skrupowane, a ich siła wynikała także z monopolistycznej pozycji wobec świadczeniodawców<sup>39</sup>. W istocie kasy mogły bardziej dyktować warunki, aniżeli je negocjować.

Podkreślić jeszcze należy, że samodzielność kasy niewiele ma wspólnego ze stosowaniem samorządności ubezpieczeniowej<sup>40</sup>. Rozwiązania zastosowane w zreformowanym systemie pozbawiały ubezpieczonych jakiegokolwiek wpływu na kształtowanie decyzji płatnika. Pośredni wpływ poprzez sejmik wojewódzki i jego reprezentantów w radzie kasy był całkowicie iluzoryczny.

#### 4.2.2. Świadczeniodawcy

---

<sup>39</sup> S. Ciarkowski, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń przez Kasy Chorych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 7(64), 2002.

<sup>40</sup> R. Chmielewski, *Realizacja zasady samorządności w Kasach Chorych*, Przegląd Ubezpieczenia Społecznego i Gospodarczego, 11(56), 2001.

Zreformowany system odziedziczył ukształtowane w toku ewolucji dwa typy świadczeniodawców: praktyki medyczne oraz zakłady opieki zdrowotnej. Z organizacyjnego punktu widzenia te dwie formy różniły się wieloma cechami:

- wielkością – zakłady były na ogół znacznie większe, podczas gdy praktyka w skrajnym przypadku mogła być jednoosobowa;

- złożonością struktury, co było także pochodną różnic wielkości – zakłady miały z reguły znacznie więcej komórek organizacyjnych oraz bardzo wyraźnie wyodrębniony człon zarządzający;

- różniła je historia instytucjonalna – praktyki powstawały zawsze w wyniku prywatnych inicjatyw, podczas gdy zakłady były zwykle tworzone jako publiczne, rzadko jako zakłady niepubliczne, a te pierwsze były niekiedy przekształcane w struktury niepubliczne;

- odmiennie była prowadzona procedura rejestracji – rejestr zakładu był prowadzony przez wojewodę (wyjątkowo przez ministra), a ponadto samodzielne publiczne zakłady jako osoby prawne zgłoszone były w sądzie rejestrowym oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym; w przypadku praktyk był to rejestr prowadzony przez okręgową izbę lekarską lub pielęgniarską;

- w zakładach organ, który go utworzył (właściciel) był zawsze podmiotem zewnętrznym w stosunku do zakładu, były to zawsze dwa odrębne podmioty, także w sensie odrębnej osobowości prawnej. W przypadku praktyk pełna odrębność właściciela mogła nie występować;

- gospodarka finansowa zakładów była znacznie bardziej skomplikowana i sformalizowana, poprzez jej poddanie – także księgowości – licznym wymaganiom prawnym. Z formalnego punktu widzenia różniła je podstawa prawna ich powoływania – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z jednej strony i ustawy o zawodach medycznych z drugiej.

Praktyki zostały powołane do życia jako narzędzie umożliwiające uprawianie wolnego zawodu, co oznaczało zarówno realizację pewnej cenionej w środowisku medycznym idei, jak i osłabienie wewnętrznej kontroli instytucjonalnej. Obejmowały formalnie działania lekarzy, pielęgniarek i położnych. Jeśli były indywidualne, zakres ich działań był ograniczony do świadczeń jednoimiennych; ale mogły być grupowe, oferując znacznie szersze spektrum świadczeń. Mogły być lokowane na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej – praktyka lekarza rodzinnego, praktyka pielęgniarki środowiskowej, albo na szczeblu referencyjnym – praktyka specjalistyczna, bądź prowadzone przez osobę fizyczną – pracujących samodzielnie lekarza, pielęgniarkę – i tak organizowane mogły być praktyki indywidualne, albo też przez spółkę cywilną, jeśli w grę wchodziła praktyka grupowa. Działalność praktyk była ograniczona do udzielania świadczeń zdrowotnych, a w praktykach grupowych świadczenia lekarzy mogły być udzielane przez tych, którzy byli współnikami i mieli stosowne uprawnienia. Generalnie bowiem praca w praktykach była w zasadzie wykonywana przez samych zainteresowanych, wykorzystujących jedynie pracę personelu pomocniczego, a zatrudnienie innego lekarza w indywidualnej praktyce następowało tyl-

ko w celu zdobycia przez niego kwalifikacji niezbędnych do prowadzenia praktyki.

Typowym przykładem zakładu opieki zdrowotnej był szpital – duża, złożona struktura – ale mógł być nim także zakład udzielający świadczeń w formie ambulatoryjnej, a także świadczeń diagnostycznych, opiekuńczych itd. Zakład mógł być publiczny lub niepubliczny, w zależności od cech podmiotu, który utworzył zakład (cech podmiotu będącego właścicielem zakładu). O formie własności przesądzała więc historia zakładu, a nie specyficzne atrybuty dotyczące jego struktury lub działalności. Jeśli był to organ administracji publicznej, w praktyce chodziło głównie o samorządy terytorialne, ale także ministerstwa i Polskie Koleje Państwowe, zakład był także publiczny. Zakład niepubliczny był tworzony przez pracodawcę, Kościół, grupę podmiotów prywatnych, osobę fizyczną, osobę prawną. Interesujące, że instytucja publiczna tworząca zakład świadczący usługi dla własnych pracowników była traktowana jako pracodawca, a więc powołany do życia zakład był niepubliczny. Niezależnie od formy własności zakład musiał spełniać warunki określone w ustawie: pomieszczenia musiały spełniać wymogi sanitarne, a jego personel wymogi dotyczące ich kompetencji<sup>41</sup>.

Już od 1991 roku publiczny zakład mógł być zakładem samodzielnym, posiadającym osobowość prawną, a od 1999 roku była to forma obowiązkowa. Samodzielny zakład był podporządkowany organowi administracji, w większości samorządowej, który pełnił wobec niego funkcje właścicielskie. Zakład korzystał ze znacznego stopnia swobody, która obejmowała przede wszystkim sprawy finansowe: gospodarowanie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym); pokrywanie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów działalności i zobowiązań (w tym ujemnego wyniku finansowego), wnoszenie majątku do spółek i fundacji; uzyskiwanie dotacji budżetowych także na inwestycje, zakup aparatury i sprzętu medycznego; decydowanie o podziale zysku (możliwość przeznaczenia na wynagrodzenie pracowników). Ponadto zakład miał radę społeczną, która była organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika. Rada mogła też uchwalać i zmieniać statut zakładu.

Nową sytuację zakładu można określić jako zgodę na „instytucjonalny egoizm”. O ile w starej sytuacji oczekiwano od personelu – przynajmniej normatywnie – dostrzegania problemu potrzeb pacjentów, o tyle po reformie oczeki-

---

<sup>41</sup> Działanie spółek (z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjnych) jako podmiotów tworzących zakład niepubliczny, prowadziło do problemu: zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej świadczenie usług zdrowotnych przez zakład nie jest działalnością gospodarczą. Jeśli spółka jest powoływana celem wykonywania działalności gospodarczej, to powstaje wątpliwość, czy może ona tworzyć instytucję, która takiej działalności nie prowadzi. Jednocześnie uznano, że „wspólnik spółki cywilnej, której wszyscy wspólnicy są lekarzami udzielającymi świadczeń zdrowotnych jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy „Prawo działalności gospodarczej””; uchwała NSA z dnia 24.09.2001 ONSA 12/5/2002.

wano wrażliwości na bodźce materialne. Chociaż nie znam polskiego dokumentu reformatorskiego, w którym byłoby to jednoznacznie stwierdzone, dawna motywacja moralna miała być wzmocniona przez motywację materialną. W nowym podziale ról potrzeby mieszkańców stawały się zatem ważne o tyle, o ile znajdowały odzwierciedlenie w strukturze bodźców proponowanych w umowie przez nabywcę świadczeń. Byłoby niezgodne z logiką reformy, gdyby świadczeniodawca chciał samodzielnie definiować potrzeby, nie reagując na sygnały wysyłane przez płatnika. Zgodnie bowiem z nową definicją roli, funkcja płatnika – także w sensie pełnienia społecznej misji – była sprowadzona do troski o efektywne wykorzystywanie zasobów. To marnotrawstwo zasobów, prowadzące do ograniczenia wolumenu produkowanych świadczeń, a nie brak zainteresowania potrzebami mieszkańców, stawało się zachowaniem instytucjonalnie nagannym. Podkreślimy, że chodzi o „ekologiczną” odpowiedzialność za mieszkańców, bowiem odpowiedzialność za pacjentów stawała się częścią technicznych działań wobec osób leczonych.

#### ***4.2.3. Adminis tracja samorządowa***

Administracja samorządowa działała na szczeblu gminy, powiatu i województwa. Jej zadania obejmowały trzy podstawowe obszary: ogólna strategia i planowanie, zdrowie publiczne i promocja zdrowia oraz prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej.

Każdy ze szczebli władzy lokalnej był odpowiedzialny za tworzenie swojej strategii rozwojowej, ale przy zachowaniu zasady niezależności samorządów było to zadanie bardzo trudne. Wśród podejmowanych decyzji znajdowało się ustalanie priorytetowych działań z odniesieniem do zdrowia. Jednak należy pamiętać o niespójności między planowaniem merytorycznym a finansowym. W sferze merytorycznej każda jednostka miała dużą swobodę w ustalaniu priorytetów, ale w odniesieniu do pieniędzy mogła decydować tylko w zakresie środków finansowych dysponowanych samodzielnie przez samorządy, a więc bez całego strumienia środków kontrolowanych przez kasy chorych.

Mimo ogólnych uprawnień strategicznych samorządy nie planowały szpitali, co pozostawiono ministerstwu. Samorządy miały natomiast być głównym autorem wspomnianego już planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do promocji zdrowia samorządy miały stosunkowo dużą swobodę. Problemem było to, że większość działań – poza takimi, jak niektóre akcje podejmowane w programie kardiologii – musiała być finansowana z własnych środków samorządów. Decyzja należała suwerennie do samorządów, ale oczywistym warunkiem ograniczającym była wielkość posiadanych środków.

Ważnym elementem uprawnień samorządów było prowadzenie zakładów opieki zdrowotnych, co było uporządkowane według klucza szczeblowego. Podstawowe uprawnienie polegało na tym, że zakład – także samodzielny – mógł być utworzony, przekształcony i zlikwidowany przez samorząd terytorialny.

Decyzja ta podlegała pewnym ograniczeniom, związanym z uprawnieniami wojewody lub – teoretycznie – treścią planów opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej.

Korzystając z uprawnień właścicielskich, samorząd terytorialny miał decydujący głos w tworzeniu organów kierowniczych zakładu. Samorządy powoływały kierownika zakładu i zawierały z nim odpowiednią umowę.

Samorząd zachował także wiele uprawnień związanych z ważniejszymi decyzjami, które należało podejmować w procesie zarządzania samodzielnym – przypomnijmy – zakładem. Do tej grupy uprawnień należały sprawy zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego (przeznaczenie, standard i zgoda wyrażona przez samorząd), zbycia, wydzierżawienia, wynajęcia, wniesienie do spółek lub fundacji majątku trwałego, pozbawienie zakładu składników przydzielonego lub nabytego mienia (w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu).

Między uprawnieniami właścicielskimi a samodzielnością zakładu występowało zatem pewne napięcie, które mogło prowadzić do różnych negatywnych skutków, a w każdym razie do słabego wykorzystywania potencji tkwiących w idei samodzielności.

#### ***4.2.4. Instytucje koordynacyjne i kontrolne***

Zgodnie z ogólnymi zasadami porządku konstytucyjnego, podstawowe funkcje koordynacyjne i kontrolne należały do organów władzy ustawodawczej i wykonawczej, zwłaszcza Ministerstwa Zdrowia. Jednak dla twórców reformy było oczywiste, że w szybko zmieniającym się systemie, w którym wiele reguł pozostawało niejasnych, konieczne jest utworzenie instytucji koncentrujących swoją aktywność na tych właśnie funkcjach. Instytucjami tymi był Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ) i Krajowy Związek Kas Chorych (KZKCh).

Zgodnie z przepisem UNUZ był powoływany celem ochrony interesów osób ubezpieczonych. Treścią jego działań była interwencja i korygowanie wszystkich aktywności związanych z realizacją ustawy o PUZ uznanych za niewłaściwe. Aby to było możliwe, UNUZ podejmował faktyczne czynności kontrolne i prawne, zmierzające do ustalenia faktów, ich oceny i wskazania dróg przeciwcieżenia negatywnych stanów rzeczy. Prezesa powoływał premier, na wniosek ministra zdrowia, a zastępców minister zdrowia na wniosek prezesa.

Podstawowym przedmiotem nadzoru UNUZ były kasy, a w pewnym stopniu także świadczeniodawcy. W zakresie dotyczącym ogólnej działalności kas, UNUZ miał stosować kryterium legalności. Jednak, sprawując nadzór nad gospodarką finansową, UNUZ stosował także kryterium rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym. Zakres nadzoru ulegał w ten sposób rozszerzeniu. Oczywiście, nie budzi żadnych komentarzy kryterium legalności i wymienione na ostatnim miejscu kryterium formalne, od przestrzegania którego zależy wiarygodność informacji na temat działania całego systemu. Chociaż konieczność stosowania pozostałych kryte-

riów w instytucji działającej w warunkach państwa unitarnego jest bezsporna, to warto jednak zwrócić uwagę, że w wielu sytuacjach interpretacja obowiązujących kryteriów, czy raczej ich konkretyzacja, mogła zależeć od sposobu definiowania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, a także od przyjętych priorytetów. Różnica zdań – a nie meritum sprawy – mogła więc prowadzić do negatywnych ocen.

Działania urzędu realizującego swoje uprawnienia nadzorcze nad gospodarką finansową kas przybierały formy bardzo konkretne: było nią „badanie” wszystkich uchwał podejmowanych przez rady kas przy stosowaniu takiego kryterium, jak „stwarzanie zagrożenia wystąpienia ujemnego wyniku finansowego”. Stanowiło to wyjście poza formułę kryterium rzetelności, celowości i gospodarności, o których była mowa wcześniej. Wyjście to określało nie tylko zakres zjawisk, które poddaje się kontroli – ta formuła jest znacznie mniej precyzyjna, a więc możliwości jej rozszerzającego stosowania były większe – ale oznaczało także wprowadzenie interwencji typu prewencyjnego. Jej celem nie było skorygowanie błędu już popełnionego, ale uniemożliwienie jego popełnienia. Zabezpieczenie takie mogło mieć pozytywne znaczenie dla niedoświadczonej kasy, jednak stosowane jako stały mechanizm nie tylko ograniczało jej samodzielność, ale także tworzyło pokusę rezygnacji z części odpowiedzialności za należytą staranność prowadzonych spraw. W efekcie organ nadzorujący mógł przejmować część zadań, które organicznie powinny być realizowane przez kasę. Dotyczyło to zwłaszcza planu finansowego.

KZKCh miał realizować dwa podstawowe, wzajem uzupełniające się zadania. Po pierwsze, miał reprezentować wspólne interesy kas chorych – czy wprost kasy chorych – wobec Sejmu, Senatu i organów administracji rządowej. Po drugie, miał wspierać kasy chorych w wypełnianiu ich funkcji. To drugie zadanie obejmowało zarówno sprawy wewnętrznego działania kas, jak i zasady współpracy między nimi. Takie kwestie jak: zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, ich jakości i dostępności, sposoby analizy przyczyn wzrostu kosztów świadczeń, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami, zasady kontroli realizacji umów, ustalanie zakresu gromadzonych i przetwarzanych informacji, prowadzenie dokumentacji były podejmowane przez każdą kasę. Wobec braku – w wielu przypadkach – ustalonych wspólnych metod postępowania każda kasa musiała rozwiązywać problemy samodzielnie, więc potrzeba koordynacji i ujednolicenia metod postępowania była oczywista. KZKCh był zainteresowany wypracowaniem wspólnych standardów zarówno dla ułatwienia pracy poszczególnym kasom, jak i ze względu na konieczność prowadzenia analiz porównawczych. Jeśli bowiem był zobowiązany do przygotowywania informacji o działalności kas dla organów władzy oraz do sporządzania corocznych prognoz wydatków, to tylko dostatecznie uporządkowana informacja pierwotna pozwalała na rzetelne operowanie faktami. Było to również istotne dla prowadzenia działalności konsultacyjnej i szkoleniowej, chociaż w tym przypadku sfera zainteresowań i KZKCh i kas wykaczała daleko poza relacjonowanie zdarzeń występujących w systemie.



KZKCh nie był organem władczym. W jego skład wchodził przedstawiciel kas chorych, władze były wybierane demokratycznie, a zewnętrzny nadzór nie mógł ingerować w suwerenne decyzje instytucji.

#### 4.2.5. Dostępność

W modelu przyjęto ideę tytułu ubezpieczeniowego jako podstawy uprawnień do bezpłatnego – w chwili korzystania – uzyskania świadczenia. W zamierzeniu dostęp miał być powszechny, o czym informowała nazwa ustawy. Jednak sposób budowania tytułu, konieczność przebycia pewnych etapów sprawiały, że spełnienie warunku powszechnej dostępności napotykało na liczne przeszkody. Etap pierwszy, rozstrzygany przez ustawodawcę to lista osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. W ustawie przedstawiono listę tych osób. W pierwotnej wersji podstawowych kategorii tych osób było 17, a później, prawie przy okazji każdej nowelizacji, lista była uzupełniana<sup>42</sup>. Świadczyło to o pewnym nieprzystawianiu metody wskazywania adresatów obowiązku ubezpieczenia z dążeniem do powszechnej dostępności. W modelowym rozwiązaniu pozostały jednak trzy kategorie osób, których źle uregulowana sytuacja była całkowicie niezgodna z zasadą powszechności i równości świadczeń. Byli to bezdomni, dzieci osób nieubezpieczonych oraz kobiety w ciąży i na urloпах macierzyńskich. O ile uprawnienia dzieci osób nieubezpieczonych, a także kobiet w ciąży i na urloпах macierzyńskich można było wyprowadzać z różnych przepisów<sup>43</sup>, to bezdomni nie byli ubezpieczeni (nie podlegali obowiązkowi ubezpieczenia) i koszty ich leczenia powinny być ponoszone przez gminy i powiaty. O ile formalnie zobowiązania gminy tworzyły takie uprawnienia po stronie bezdomnego, o tyle powiat zobowiązany był do pokrywania jedynie wydatków na świadczenia POZ. Było to złe rozwiązanie, ponieważ bezdomnym szczególnie potrzebna jest opieka całodobowa, której nie można otrzymać ambulatoryjnie, a więc w formie, w jakiej działa POZ. Ponadto, wobec finansowej słabości samorządów terytorialnych, transfer pieniędzy musiał następować z oporami. Dla świadczeniodawców leczenie bezdomnych wiązało się zatem z ryzykiem finansowym.

Osoby zobowiązane powinny przystąpić do ubezpieczenia – być doń zgłoszone – a następnie zapłacić składkę (składka powinna być za nich zapłacona)<sup>44</sup>. Pomińcie którejkolwiek z tych kroków stwarzało utrudnienia w korzystaniu – nawet jeśli nastąpiły z powodu działań osoby trzeciej, a niekiedy całkowicie wykluczało możliwość korzystania w ramach uprawnień ubezpieczeniowych, jak to dzieje się w przypadku studentów.

---

<sup>42</sup> Ustawa z dnia 7 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, tekst pierwotny, Dz.U. 1997 r., nr 28, poz.153.

<sup>43</sup> Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy ubezpieczeniowej, przewidującej możliwość budżetowego finansowania niektórych świadczeń, także konwencji, do których przystąpiła Polska.

<sup>44</sup> Niektórzy komentatorzy te elementy procedury uznają za najważniejsze dla uzyskania uprawnień; A. Sidorko, *Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 6(39), 2000.

Kolejny etap to podpisanie umowy przez kasę z określonym świadczeniodawcą na określone świadczenie – i w terminie. Niedotrzymanie któregośkolwiek z tych warunków powodowało utrudnienia w dostępie, a nawet niekiedy całkowitą niemożność uzyskania świadczenia. Ograniczenia zakresu wynikały czasami z pierwotnie przyjętych interpretacji treści różnych form opieki. I tak opieka nad dziećmi w wieku szkolnym została powierzona lekarzowi w miejscu zamieszkania, szczególnie lekarzowi rodzinemu, co w praktyce prowadziło do wyeliminowania opieki lekarskiej w szkole. Zgodnie bowiem z oficjalnym stanowiskiem liderów reformy, umowa o sprawowanie takiej opieki nie powinna być podpisywana. Natomiast opieka pielęgniarki w szkole była akceptowana, ale jej obecność zależała od tego, czy umowa faktycznie została podpisana<sup>45</sup>. Kwestia sprawowania opieki zdrowotnej w instytucjach pomocy społecznej nie została uregulowana w chwili wchodzenia w życie reformy – a nie chodziło o zakłady opieki długoterminowej. Można było oczywiście twierdzić, że obowiązuje ogólna zasada powszechnej dostępności do lekarza rodzinnego, ale zarówno technicznie, jak i w powszechnej świadomości była to opieka innego rodzaju<sup>46</sup>. Niekiedy przyczyny barier były prozaiczne i ujawniały się zwłaszcza na początku roku. Przyczyną był brak podpisanej umowy, tym razem nie z powodów doktrynalnych, ale na skutek przedłużającej się procedury, konfliktu co do wysokości stawki lub zakresu obowiązków – także formalnych. Dla pacjenta jednak, który nie mógł dostać się do świadczeniodawcy, przyczyna była obojętna. Postrzegał on brak dostępności występujący w powszechnie dostępnym systemie. Niekiedy brak możliwości korzystania wynikał z przekroczenia limitu świadczeń przyjętych w kasie<sup>47</sup>.

#### 4.2.6. Dynamika systemu

Generalnie, system był postrzegany jako zmierzający do samoregulującego się układu, w którym dążenia poszczególnych podmiotów składają się na realizację ogólnych (publicznie korzystnych) celów. Jednak warunkiem działania takiego układu jest dostateczna jasność reguł określających obowiązki i prawa poszczególnych aktorów, a także reguł współdziałania między nimi. W naszym systemie warunek ten nie był spełniony, ale można było odnieść wrażenie, że liderzy reformy oczekiwali, iż poszczególne instytucje systemu będą w stanie samodzielnie wypracowywać nie tylko zasady własnego działania, ale także zasady kooperacji z innymi. Stąd zapewne – a nie tylko z braku technicznych możliwości – brała się powściągliwość w przygotowywaniu jednolitych metod postępowania: spodziewano się, że wypracowane oddolnie reguły okażą się lepsze,

---

<sup>45</sup> H. Osińska, *Medycyna szkolna* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOŚ, Warszawa, listopad 1998:111–124.

<sup>46</sup> J. Łuczak, *Kontraktowanie usług medycyny rodzinnej* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOŚ, Warszawa, listopad 1998:73–82.

<sup>47</sup> *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOŚ, Warszawa, listopad 1998:171–194.

a ich porównanie – poprzedzone praktycznym stosowaniem – pozwoli na wyłonienie rozwiązań optymalnych. Prawdopodobnie zakładano, że poszczególne instytucje, zwłaszcza kasy, których kierownicy motywowani będą poczuciem misji, podejmą taką działalność.

Kasy otrzymały bardzo dużą swobodę w zawieraniu umów; nie tylko wybór kontrahenta zależał od dyskrecyjnie podjętej decyzji, ale także sam wzór umowy, kształt wymagań, mechanizm płacenia, tryb kontroli wykonywania umowy, zależał w przeważającym stopniu od samej kasy, a więc praktycznie od kompetencji i inwencji jej pracowników. Jednak w proces zawierania umów ustawodawca wbudował pewne wymogi, których spełnienie miało sprzyjać właściwej realizacji procesu zawierania umów, a także – w przyszłości – właściwej realizacji umowy<sup>48</sup>.

W modelowej konstrukcji zreformowanego systemu racjonalność działania Kasy Chorych, jako podmiotu uczestniczącego nie tylko w finansowaniu, ale i w reformowaniu opieki zdrowotnej wykraczała daleko poza kwestie finansowe. Gospodarka finansowa była narzędziem, które miało być wykorzystywane także w przebudowie instytucjonalnych struktur całego systemu. Zgodnie z powszechnie akceptowaną diagnozą, struktury te były w znacznym stopniu niewydolne i marnotrawne, a zmiana tego stanu rzeczy była warunkiem powodzenia reformy. W dążeniu do ich przekształcenia zrezygnowano z metod administracyjnej ingerencji, a postawiono na możliwość samodzielnego dostosowania się instytucji do oferowanych im bodźców. Bodźce te to warunki zawarte w podpisywanych umowach. W skrajnych przypadkach dopływ pieniędzy ustawał (mógł zamrzeć) i instytucja stawała wobec groźby likwidacji. Stosowanie takiego mechanizmu wymagało żelaznej konsekwencji. Gdyby bowiem miało się okazać, że inne niż racjonalne działanie przynosi partnerom większe (łatwiejsze, szybsze) korzyści, to z bardzo dużym prawdopodobieństwem można było oczekiwać, że takie właśnie formy zachowań zostaną wybrane.

Rozdział funkcji: płatnik – wytwórca miał sprzyjać ustaleniu i wyjaśnieniu zakresu zobowiązań oraz zdobywaniu wyspecjalizowanych kompetencji. Dla płatnika, a więc dla Kasy Chorych podstawowy obowiązek to zawarcie umowy na świadczenia potrzebne, ale jednocześnie niezawarcie umowy na świadczenia uznane za zbędne, co dotyczyło także ustalenia górnego limitu potrzebnych świadczeń<sup>49</sup>. Nadrzędnym kryterium, które powinno być stosowane przy ocenie, które świadczenia są potrzebne, a które należy uznać za zbędne, miał być stan zdrowia populacji ubezpieczonych, ale w powiązaniu z realistyczną oceną moż-

---

<sup>48</sup> Chodziło o:

- równoważenie wydatków z przychodami – suma zobowiązań wobec wszystkich świadczeniodawców musiała mieścić się w planie finansowym kasy;
- określanie w umowie maksymalnej kwoty zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy;
- określanie zasad kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń;
- poprzedzanie zawarcia umowy konkursem ofert.

<sup>49</sup> W piśmiennictwie podkreślono nie tylko uprawnienie, ale i obowiązek ustalenia takiego limitu. Zapłata za świadczenia poza limitem mogła nastąpić tylko pod warunkiem, że kasa miała wolne środki; I. Pawłowski, *Limitowanie świadczeń zdrowotnych*, Rzeczpospolita, 11.07.2002.

liwości finansowych. Stąd kompetencje mądrego, racjonalnego, odpowiedzialnego płatnika obejmowały: zdobycie informacji o strukturze demograficznej ubezpieczonych i stanie ich zdrowia, przetłumaczenie tych informacji na informacje o rodzajach świadczeń zdrowotnych, które są populacji potrzebne, pozyskanie informacji o zasobach producentów świadczeń zdrowotnych, którzy są potencjalnymi partnerami umów o udzielanie świadczeń. Dopiero na podstawie tych informacji płatnik mógł przystąpić do negocjacji, w której oceniał produktywność, jakość i wartość (cenę) udzielanych świadczeń, a stosując wiedzę o mechanizmach finansowania, zawierał umowę.

Przepisy wprowadzające reformę nie pozwoliły na budowanie konstrukcji zgodnej z przedstawionymi założeniami, co było wynikiem zamazanego podziału ról. Dotyczyło to rozszerzenia podmiotów pełniących rolę płatnika oraz sposobu rozgraniczenia kompetencji między samodzielnym świadczeniodawcą a jego organem założycielskim.

Funkcja płatnika, która była kluczowa i wymagała szczególnych kompetencji, była pełniona nie tylko przez kasy chorych. Płatnikiem było Ministerstwo Zdrowia, pełniące rolę płatnika przy zawieraniu umów i przekazywaniu środków na świadczenia wąskospecjalistyczne; przy zawieraniu umów i przekazywaniu środków na programy zdrowotne oraz podejmowaniu decyzji o przekazywaniu środków zakładom, wobec których pełniło rolę organu właścicielskiego<sup>50</sup>.

Zgodnie z zasadami reformy, finansowanie niektórych rodzajów zabiegów, w których muszą być stosowane szczególne środki i leki zostało wyłączone z obowiązków płatniczych kas chorych. Uzasadnieniem takiego ustalenia było dążenie do unikania szczególnie dużych i nierównomiernie rozkładających się obciążeń, które miałyby wpływ na równowagę finansową kas. Być może dodatkową przesłanką było uznanie merytorycznych kompetencji ministerstwa w ustaleniu i wyborze wysokospecjalistycznych ośrodków szczególnie dobrze przygotowanych do świadczenia usług na najwyższym poziomie medycznym. Odnotować należy, że zakres procedur finansowanych w ten sposób ulegał kilkakrotnemu zmniejszeniu<sup>51</sup>.

Także samodzielny zakład publiczny mógł pełnić taką rolę. Zakład otrzymał prawo udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne uprawnionemu świadczeniodawcy<sup>52</sup>. Udzielenie zamówienia następowało poprzez zawarcie umowy, do czego niezbędne było przeprowadzenie konkursu ofert, a obie jej strony po-

---

<sup>50</sup> Warto zwrócić uwagę na liczbę programów zdrowotnych finansowanych przez ministerstwo, Programy polityki zdrowotnej państwa, Ministerstwo Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego, grudzień 2001.

<sup>51</sup> Lista procedur, która obowiązywała od 1 stycznia 2000 obejmowała 39 pozycji, lista o rok późniejsza – 23 pozycje (nowelizowane rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej, Dz. U. z 1998, nr 140, poz. 910, Dz.U. z 2000, nr 100, poz. 1083). Wyeliminowano z niej, m.in., leczenie immunosupresyjne po przeszczepach.

<sup>52</sup> Niepublicznemu zakładowi, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek lub położnych; osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

nosiły solidarnie odpowiedzialność za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

Rolę płatnika mógł również pełnić lekarz rodzinny, jeżeli jego umowa przewidywała przekazanie kwoty obliczanej kapitacyjnie, która zawierała środki przeznaczone na opłacenie świadczeń diagnostycznych lub konsultacyjnych. Wówczas lekarz ten decydował zarówno o zakresie świadczeniodawców, spośród których mógł być dokonany wybór – przez zawarcie umowy – jak i konieczności wykonania konkretnego świadczenia – poprzez wystawienie skierowania.

Przedstawiając wyżej pozycję świadczeniodawców i samorządów terytorialnych, wskazywałem niespójność między dążeniem do traktowania zakładu jako przedsiębiorstwa, zorientowanego na maksymalizowanie produktywności zasobów, a perspektywą samorządów terytorialnych. Te ostatnie, niewłączone w proces bieżącego finansowania zakładów, postrzegały je na dwa sposoby. Po pierwsze, jako narzędzie zaspokajania potrzeb mieszkańców, z czym wiązała się szansa zdobywania popularności, jeśli zakład pracował dobrze, ale także ryzyko utraty popularności, jeśli zakład pracował źle. Po drugie, zakład, zwłaszcza duży szpital, był postrzegany jako podmiot aktywny na rynku pracy, często największy lokalny pracodawca. Z punktu widzenia samorządu, produktywność zasobów wcale nie była priorytetowym kryterium oceny szpitala. Biorąc pod uwagę dwa różne punkty widzenia, oczywiste staje się dążenie do zwiększenia samodzielności ze strony zakładów, i dążenie samorządów do podporządkowania zakładów swojej polityce. Tworzyło to naturalny konflikt, którego rozwiązanie w ramach tworzonego modelu nie było możliwe.

#### ***4.2.7. Błędy wdrożenia***

W ciągu miesięcy bezpośrednio poprzedzających wdrożenie wiele było głosów, że stan przygotowań nie był wystarczający do efektywnego osiągnięcia celów reformy. Wskazywano głównie braki w oprzyrządowaniu prawnym, ale także drastyczny brak informacji, tak dla podmiotów, które miały wdrażać reformę, jak i dla pacjentów. Było także oczywiste, że jednoczesne wdrażanie kilku reform zdestabilizuje cały system władz publicznych i utrudni wzajemne dostosowywanie się do siebie różnych jego elementów. Jednak liderzy reformy byli zdecydowani podjąć ryzyko wdrożenia, nawet jeśli zgadzali się, że niektóre głosy na temat niedostatecznych przygotowań były uzasadnione. Czynnikiem przesądzającym była wola polityczna wprowadzenia dużej zmiany, zmiany na którą nie mogły zdobyć się poprzednie rządy sprawujące władzę przez okres transformacji. Liderzy zmian – chodziło nie tylko o tych, którzy angażowali się w reformę zdrowotną – byli przekonani, że poprzednicy popełnili błąd zaniechania przede wszystkim z powodu oportunistu politycznego i z dążenia do

uniknięcia zbyt dużego ryzyka. W nowej sytuacji postanowiono radykalnie zerwać z tą praktyką<sup>53</sup>.

Sądzę, że jeszcze dwa czynniki odegrały znaczącą rolę. Po pierwsze, chcąc podkreślać wyraźną różnicę w stosunku do poprzedników, rząd J. Buzka chciał stać się autorem decyzji przełomowych. Jeśli pierwszy rząd okresu transformacji rozpoczął dzieło reform ustrojowych, to ten rząd miał je dokończyć. Było więc to poczucie misji, dążenie do odegrania historycznej roli. Po drugie, nowi liderzy polityczni wyciągali wnioski z doświadczeń sprawowania władzy w demokratycznym rytmie kadencji przedzielanych wyborami. Główny wniosek polegał na tym, by duże zmiany przeprowadzać na początku kadencji, kiedy korzysta się z silnego poparcia i kiedy łatwiej jest mobilizować własnych sojuszników. Jednocześnie, jeśli zmianę wprowadza się szybko, pozostaje więcej czasu na uzyskanie pozytywnych efektów oraz eliminację ubocznych skutków negatywnych. Być może liczono także na to, że w warunkach, kiedy przeprowadza się jednocześnie bardzo dużo zmian, przeciwnicy reformy, czy jej szczegółowych rozwiązań, będą zbyt zdezorientowani, aby organizować opór i utrudniać wdrożenie. Ponieważ bardzo wiele środowisk deklarowało rezerwę wobec proponowanych rozwiązań, nie można wykluczyć, że i ten czynnik odegrał swoją rolę. Ogół tych czynników doprowadził zapewne do tego, że decyzja o łącznym wdrożeniu wszystkich reform, także reformy zdrowotnej, została podjęta i nie wprowadzono żadnych korekt co do terminu ich wprowadzania w życie.

O błędach wdrożenia mówiło się bardzo dużo od samego początku reformy. Znaczna część negatywnych opinii, które zdecydowanie dominowały, wywodziła się z emocji – poczucia zagubienia, rozczarowania, zawodu. Były jednak także opinie przygotowywane systematycznie, przez publiczne instytucje, rozporządzające fachowym aparatem służącym zebraniu niezbędnych informacji. Jedną z takich instytucji była Najwyższa Izba Kontroli, która na podstawie kontroli przeprowadzonej od października 1999 roku do maja 2000 roku – objęła 106 jednostek – przygotowała listę popełnionych błędów<sup>54</sup>. Zarzuty były bardzo poważne. Po pierwsze, reformę ochrony zdrowia uznano za nieprzygotowaną, mimo że jej podstawowe kierunki zostały przyjęte już w 1991 roku, kiedy to zaakceptowano budowę ubezpieczeniowego finansowania i uchwalono przepisy tworzące podwaliny samodzielnych zakładów. Ministerstwo Zdrowia zostało w związku z tym obciążone odpowiedzialnością za trzy sprawy: niedostatek koncepcyjny, bardzo powolne wprowadzanie możliwych do przeprowadzenia zmian organizacyjnych (usamodzielnianie) oraz zaniedbanie sprawy pozyskania środków finansowych, które mogłyby wspierać proces wdrażania. Część tej odpowiedzialności spadała także na wojewodów, którzy swoje sprawowane do reformy uprawnienia właścicielskie w stosunku do zakładów wykorzystywali bar-

---

<sup>53</sup> Jak powolne było tempo przekształceń instytucjonalnych może świadczyć wielkość 20% zakładów, które do grudnia przeszły procedurę usamodzielnienia. Por.: R. Dziubiński, *Przygotowania reformy ochrony zdrowia w świetle badań NIK*, Prawo i Medycyna, 1(4), 1999.

<sup>54</sup> Najwyższa Izba Kontroli: Funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej (Nr P/99/061), Warszawa 2000.

dzo biernie i – mimo formalnych możliwości – nie przekształcali zakładów w instytucje samodzielne. Drugi zarzut był kierowany wprost do ministra zdrowia, który był zobowiązany do wydania licznych aktów wykonawczych, które były niezbędne dla uruchomienia procesu reformy. Przygotowanie niektórych z nich było warunkiem budowania nowych mechanizmów. Niekiedy rozporządzenia zostały przygotowane i podpisane, ale nastąpiło to tak późno, że przyczyniło się do pogłębienia początkowej dezorganizacji. W takich okolicznościach zostało wydane rozporządzenie w sprawie szczególnych zasad prowadzenia rachunku kosztów w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej wydane 22 grudnia 1998 roku z mocą od 1 stycznia. Szczególnym przypadkiem złego wywiązania się ze zobowiązań dotyczących wydania przepisów wykonawczych było wydanie Rozporządzenia Prezesa RM, zawierającego wykaz zakładów przejmowanych przez poszczególne samorządy. W wykazie tym pominięto niektóre funkcjonujące zakłady, niekiedy część zakładu została potraktowana jako odrębna osoba prawna, a w niektórych przypadkach błędnie wskazano organ założycielski. Kolejna grupa zarzutów dotyczyła rejestru usług medycznych. W niektórych przypadkach wojewodowie działali na tyle opieszale, że rejestry nie powstały w terminie przewidzianym ustawą – do końca 1998 roku. W niektórych przypadkach tworzone kasy chorych nie zainteresowały się przejęciem i możliwością wykorzystania gotowych ośrodków (kasa mazowiecka i małopolska). Niekiedy działający rejestr był likwidowany decyzją wojewody, mimo że kasa chorych chciała go przejąć i prowadzić (województwo lubelskie). Jednak największe szkody wyrządziła wspomniana już decyzja ministra zdrowia o rezygnacji z tworzenia RUM. Bardzo poważna grupa zarzutów dotyczyła przygotowania reformy po stronie samorządów terytorialnych. Te instytucje – w znacznej części nowo powstałe – nie mogły korzystać z gotowych procedur przejmowania funkcji organów założycielskich, ponieważ procedury takie nie zostały wcześniej przygotowane. Dotyczyło to zwłaszcza przejmowania mienia należącego wcześniej do Skarbu Państwa. W konsekwencji zdarzały się sytuacje – ujawnione w kontroli NIK – że jeszcze w lipcu 1999 roku mienie pozostawało we władaniu Skarbu Państwa. Przejmowanie zakładów i przejmowanie mienia prowadziło do powstawania po stronie samorządów nowych zobowiązań. Samorządy nie spłacały tych zobowiązań, co prowadziło do narastania zadłużenia i wzrostu wymaganych płatności. Znajdowały się one w trudnej sytuacji organizacyjnej, bo w momencie obejmowania nowych zadań ich własne struktury organizacyjne nie były do tego przygotowane. Na skutek zbiegu licznych, niekorzystnych okoliczności samorządy nie były w stanie przygotować i przekazać zakładom zasad dysponowania przez nie mieniem nieruchomym. Działania zakładów, ale także wzajemne relacje między samorządami a zakładami były regulowane jedynie ogólnymi przepisami ustawowymi, co wielokrotnie prowadziło do niejasności i konfliktów. Dotyczyło to zwłaszcza podziału odpowiedzialności za stan majątku i jego odtwarzanie.

### 4.3. Faza druga: ewolucja i interwencje

Postępujące wdrożenie reformy przyniosło wzrastające rozchodzenie się opinii przedstawianych przez jej autorów i odczuć opinii publicznej, opozycyjnych polityków i dużej części ekspertów. Brak systematycznego monitoringu zachodzących zmian utrudniał dyskusję opartą na faktach. Wobec braku obiektywnych danych w dyskusjach stale były obecne doraźnie wyrażane emocje.

Autorzy – co zrozumieli – dostrzegali przede wszystkim sukcesy. W oficjalnym sprawozdaniu z pierwszych miesięcy wdrażania reformy stwierdzono, że wszystkie cele krótkoterminowe, związane z przekształceniami organizacyjnymi i finansowymi, zostały już osiągnięte, a tylko cele średnio- i długookresowe wymagają dalszej realizacji<sup>55</sup>. Te niezrealizowane zadania obejmowały poprawę stanu zdrowia ludności, niezadowalającą głównie z niedostatecznej zmiany stylu życia, nawyków żywieniowych, ograniczenia używek oraz zbyt małą poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, niewystarczające poszerzanie rynku usług medycznych, zbyt mały wzrost nakładów na ochronę zdrowia, niezadowalające zwiększanie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia w powiązaniu z nakładem pracy i kwalifikacjami, brak postępów w likwidacji szarej strefy. Autorzy dokumentu chyba nie do końca dostrzegali, że sukces wdrożenia reformy – gdyby był faktem – powinien stworzyć solidne podstawy do rozwiązania – rozwiązywania – także tych problemów. Interesująca była opinia opublikowana w drugiej połowie 1999 roku, kiedy braki reformy były już szeroko znane, w czasopiśmie przeznaczonym do publikowania suchych informacji o kasach chorych, w której przewidywano rychłe spełnienie oczekiwań, zgodnie z którymi „znakomicie wykształceni i najwyżej motywowani lekarze będą udzielali łatwo dostępnych porad”<sup>56</sup>. Dokumenty przygotowywane w późniejszym okresie były znacznie bardziej wyważone. Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu oceniające postępy po rocznym okresie funkcjonowania zreformowanego systemu zawierało – prócz ogólnie pozytywnej oceny wdrożenia – całą listę szczegółowych ocen krytycznych i zaleceń, które miałyby prowadzić do ich eliminowania (zbyt niskie finansowanie, braki legislacyjne, luki w systemach informacyjnych, nie dość precyzyjne standardy postępowania, w tym zakresy świadczeń gwarantowanych, metody kontraktowania, narzędzia oceny jakości zakładów publicznych umożliwiające eliminację instytucji zbędnych, konflikty pracownicze wewnątrz systemu, także mało przyjazne reakcje mediów)<sup>57</sup>. Formułowanie wyważonych ocen było ułatwione sposobem pisania

---

<sup>55</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. I kwartał 1999, maszynopis, fragment materiału MZiOS „Reforma służby zdrowia. Analiza realizacji celów reformy”, maj 1999.

<sup>56</sup> E.B. Dębińska, *Co słyszać?*, Biuletyn Kas Chorych, nr 15, 1999.

<sup>57</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000.



sprawozdania, który polegał w znacznej mierze na relacjonowaniu bardzo wielu zróżnicowanych zdarzeń, co niełatwo składało się w syntetyczny obraz charakteryzujący cały system. W Raporcie UNUZ odnotowano dwa główne pozytywy reformy: obiektywizację podziału środków finansowych na ochronę zdrowia między kasami oraz realny wzrost znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w systemie leczenia<sup>58</sup>. Dostrzeżono natomiast liczniejsze wady, jak np. zakłócenia w ściągłości składek, co prowadziło do finansowej niestabilności kas. Konkurencja, jeśli istniała, nie prowadziła do poprawy jakości, a jednocześnie próby eliminacji świadczeń (świadczeniodawców) nieodpowiadających wymogom jakościowym nie prowadziły do skutku, w wyniku bardzo silnego oporu zainteresowanych. Działanie rad kas, bardzo kosztowne ze względu na ich liczebność, prowadziło do wykluczania z gremiów kierujących osób merytorycznie w pełni kompetentnych, lecz – jak się należy domyślać – niewygodnych politycznie. Zaostrzyły się konflikty wewnątrz systemu. Z jednej strony dlatego, że oficjalnie uznano znaczenie większych przychodów jako miernika sukcesu, ale z drugiej w wyniku rozczarowania, że reforma nie przyniosła odczuwalnej poprawy sytuacji płacowej. Wreszcie brak informacji spowodował dezorientację pacjentów, którzy znaleźli się w niezrozumiałym dla siebie systemie. W komentarzu stwierdzono, że być może przynajmniej część niedogodności – zwłaszcza tych niezawinionych przez reformatorów, a biorących początek w spóźnionym wdrożeniu zmian – wynikała z trudności okresu wdrażania i w toku dalszego funkcjonowania będą one mogły zostać usunięte, a społeczeństwo będzie można przekonać, że mają one charakter przejściowy.

Bardzo krytyczne uwagi znalazły się w raportach NIK. Dotyczyły głównie błędów popełnianych przez Pełnomocnika ds. Wprowadzenia PUZ co do zasad prowadzenia gospodarki finansowej. Narzucane kasom rozwiązania prowadziły do dysponowania funduszami niezgodnie z prawem, ale prowadziły również do ponoszenia dodatkowych wydatków, wynikających z obsługi zadłużenia<sup>59</sup>. Prasa donosiła o ekscentrycznych wydatkach związanych z urządzaniem siedzib kas, a także o rosnącym wpływie kryteriów politycznych w doborze personelu, nie tylko zresztą na stanowiskach kierowniczych<sup>60</sup>.

Reforma była wprowadzana przez rząd koalicyjny AWS i UW, który w sprawach zdrowia nie miał wspólnych koncepcji i od początku procesu było oczywiste, że wprowadzane zmiany są bardziej efektem wymuszonego kompromisu niż osiągniętego porozumienia. Kiedy UW wyszła z rządu na wiosnę 2000 roku, przyznała otwarcie, że reforma zdrowotna nie była „jej” reformą. Być może z tego właśnie powodu jej propozycje dotyczące poprawiania systemu stały się szczególnie chaotyczne. Jednak nawet wśród członków AWS w rządzie było wiele ośrodków, które współuczestniczyły w podejmowaniu decyzji, mając na ich temat różne opinie.

---

<sup>58</sup> Pierwszy rok funkcjonowania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Raport UNUZ, UNUZ, Warszawa, maj 2000.

<sup>59</sup> L. Kraskowski, *Kasy chorych do naprawy*, Rzeczpospolita, 15.09.2000.

<sup>60</sup> M. Solecka, *Partyjne targi, deficyt i afery*, Rzeczpospolita, 17.10.2000.

#### 4.3.1. Sprawy publicznej odpowiedzialności

Była już mowa o tym, że zmiana ustawy o PUZ, przeprowadzona w lipcu 1998 roku doprowadziła do usunięcia przepisu na temat odpowiedzialności państwa. Nie przesądzało to, w jakim zakresie zmieniać się będzie zakres tej odpowiedzialności, ani na czym zmiany miałyby polegać. Wkrótce jednak nastąpiły wydarzenia, które dostarczały informacji, jak liderzy reformy interpretowali ten problem. Zdarzenia te dotyczyły sposobu traktowania środków finansowych będących w posiadaniu kas chorych jako środków niepublicznych, a także problemu budowy Rejestru Usług Medycznych.

W ustawie o PUZ zostało napisane, że kasy chorych reprezentują ubezpieczonych, ale takie sformułowanie nie rozstrzygało pytania o ich charakter prawny, a zwłaszcza pytania o charakter środków finansowych, pozostających do ich dyspozycji. Pytanie to miało praktyczną treść: dotyczyło zasad, według jakich miała być prowadzona gospodarka środkami finansowymi, zwłaszcza z punktu widzenia jawności procedur i możliwych do stosowania reżimów nadzoru i kontroli. Ponadto powstawał problem zgodności i spójności różnych przepisów regulujących działanie sektora zdrowotnego<sup>61</sup>. Trudności interpretacyjne rodziły się, ponieważ kasy chorych nie mogły być zaliczone ani do państwowych, ani do komunalnych osób prawnych z uwagi na to, że ich majątek – formalnie – należał do ubezpieczonych. Zgodnie z ustawą o finansach publicznych, składka ubezpieczenia zdrowotnego nie została zaliczona do danin publicznych ani opłat, a kasy nie można było zaliczyć ani do sektora rządowego, ani samorządowego<sup>62</sup>. Niewiele zatem wyjaśniało powoływane w literaturze twierdzenie, że kasa chorych jest instytucją, której został nadany swoisty charakter korporacyjny.

W początkowej fazie po wdrożeniu przeważał pogląd, że środki kas chorych nie są środkami publicznymi. Takie stanowisko zajęła Rada Legislacyjna<sup>63</sup>. Było także głoszone w orzecznictwie<sup>64</sup>. Pogląd taki był stanowczo i konsekwentnie prezentowany przez liderów reformy i z aprobatą przyjmowany przez reprezentantów kas chorych, którzy wzmacniali go powoływaniem się na tajemnicę handlową. Z punktu widzenia poszczególnych instytucji sektora zdrowotnego, była

---

<sup>61</sup> Jeśli na przykład w ustawie o zakładach przyjmowano, że publiczny zakład jest utrzymywany ze środków publicznych, a w zreformowanym systemie gros pieniędzy otrzymywanych przez taki zakład pochodziło od kas chorych, to jaki to miało wpływ na charakter zakładu i jego postępowanie? Być może należałoby uznać, że zakład traci swój publiczny charakter, a być może należałoby stwierdzić, że jego postępowanie, podczas którego czerpał środki z niepublicznych źródeł było nielegalne. Ta sama wątpliwość powstawała w związku z możliwością udzielania przez zakład zamówień finansowanych ze środków publicznych.

<sup>62</sup> Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, Dz.U. z 1998 r., nr 155, poz. 1014 (tekst pierwotny).

<sup>63</sup> Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 2000, s. 204.

<sup>64</sup> Kasa chorych nie jest państwową jednostką organizacyjną (uchwała SN z dnia 27.04.2001, OSNC161/11/2001); kasy chorych nie są organami administracji publicznej (postanowienie SN z dnia 17.11.2001 OSNAP 473/14/2001).

to interpretacja bardzo korzystna, ponieważ pozwalała wyłączyć spod kontroli bardzo duże środki i wydatkować je w sposób uznawany za najbardziej korzystny. Chodziło zarówno o kontrolę sprawowaną przez podmioty odpowiedzialne za finanse publiczne, jak i o zainteresowanie wykazywane przez społeczeństwo i media. Skrywanie partnerów kontraktów i ich wielkości uniemożliwiało obserwację skutków reformy. Wobec braku jasnych kryteriów zawierania umów i przydziału środków wygodniejsze było podejmowanie decyzji, z których nie trzeba było się tłumaczyć. Łatwiejsze było także dokonywanie korekt i wycofywanie się z błędnych decyzji.

Upieranie się przy odmowie uznawania pieniędzy pochodzących ze składek za środki publiczne było przedmiotem specyficznej rozgrywki prowadzonej wewnątrz systemu zdrowotnego i trudno zrozumiałego poza nim. System statystyczny nie miał z tym żadnych kłopotów i już dane za rok 1999 klasyfikował, wyodrębniając „wydatki publiczne” i włączając w nie „koszty ponoszone przez kasy chorych”<sup>65</sup>. Wydawało się, że także wewnątrz sektora kontrowersja zostanie usunięta już na wiosnę 1999 roku, kiedy znowelizowano ustawę o zamówieniach publicznych, gdzie napisano wprost, że środki pochodzące ze składek zdrowotnych zalicza się do środków publicznych<sup>66</sup>. W nowelizacji ustawy o finansach publicznych stwierdzono, że kasy chorych, Krajowy Związek Kas Chorych oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są zaliczone do sektora finansów publicznych, co było formalnie rozstrzygnięciem sporu<sup>67</sup>. W niektórych tekstach twierdzono, że nowelizacja nie tyle ułatwiła interpretację obowiązujących wcześniej przepisów, co zmieniła ich treść w tym sensie, że po niej faktycznie zmienił się charakter środków, którymi dysponowały kasy: środki te stały się od tego momentu środkami publicznymi<sup>68</sup>. Opinia taka została wyrażona w orzeczeniu NSA, w którym uznano zasadność stosowania wobec kas regulacji ustawy o finansach publicznych<sup>69</sup>. Argumentacja taka nie wszystkich jednak przekonała i nadal pojawiały się opinie, że – mimo nowelizacji – nie są to środki publiczne<sup>70</sup>. Przekonanie takie podzielili także niektórzy nasi respondenci.

W grudniu 1997 roku znowelizowana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadziła obowiązek rejestrowania usług medycznych udzielanych w zakładach publicznych i na zamówienie organów publicznych. Miało to stanowić nie tylko podstawę ewidencji, wykorzystywanej w analizach statystycznych, ale także bazę służącą rozliczeniom finansowym między płatnikami świadczeniodawcami (obowiązująca już wówczas ustawa o PUZ przewidywała takie rozliczenia). Czynności te miały być prowadzone w systemie nazwanym Rejestrem

<sup>65</sup> Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 r., GUS, Warszawa 2000, s. 51.

<sup>66</sup> Ustawa z dnia 7 kwietnia 1999 r. o zmianie ustawy o zamówieniach publicznych, Dz.U. z 1999 r., nr 45, poz. 437.

<sup>67</sup> Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, wersja Dz.U. z 2000 r., nr 48, poz. 550.

<sup>68</sup> Tamże, s. 248.

<sup>69</sup> Uchwała NSA z dnia 09.09.2002 r., Pr. Gosp. 23.12.2002.

<sup>70</sup> A. Ostrowska, *Pacjent w systemie PUZ*, Oficyna Wydawnicza EDO, Warszawa 2001.

Usług Medycznych, który miał składać się z dwóch zasadniczych części: książeczek, znajdujących się w posiadaniu pacjentów i zawierających kupony, wykorzystywane jako dowód udzielenia (otrzymania) świadczenia, mogły to być także indywidualne karty elektroniczne, oraz systemu pozyskiwania kuponów, agregowania i transmitowania danych, a więc bazy informacyjno-informatycznej. Uwzględniając warunki techniczne, przyjmowano, że powołany zostanie rejestr centralny, rejestry wojewódzkie i terenowe. Po powstaniu kas chorych RUM miał być przejęty przez te instytucje<sup>71</sup>.

Zgodnie z przyjętym harmonogramem do końca 1998 roku uprawnieni do świadczeń mieszkańcy wszystkich województw mieli otrzymać książeczki. Za dystrybucję odpowiadali wojewodowie, zgodnie z miejscem zamieszkania pacjentów. Jednocześnie, w tym samym terminie miało się zakończyć tworzenie rejestrów usług medycznych – w sensie logistycznym – do czego byli zobowiązani minister zdrowia i wojewodowie. Sprawa uległa jednak komplikacjom. Brak synchronizacji nowelizowanych przepisów spowodował, że w dniu 6 czerwca 1998 roku wygasło obowiązywanie rozporządzenia regulującego sprawę rozprowadzania książeczek RUM. Zabrakło więc formalnej podstawy działań zanim jeszcze zostały wykonane wszystkie techniczne czynności, niezbędne do uruchomienia systemu. Część prac została jednak wykonana i przynajmniej w 23 województwach książeczki zostały rozprowadzone. Uruchomiono także pewną ilość ośrodków.

W połowie 1998 roku, minister zdrowia podjął decyzję, przekazaną następnie wojewodom, o odstąpieniu od poprzednio realizowanej koncepcji RUM i zastąpieniu jej rozwiązaniem START. Standardy nowego systemu miały być gotowe już w trzecim kwartale 1998 roku i od tego czasu dalsze prace rozbudowy systemu miały być prowadzone zgodnie z nimi. Standardy te nie zostały jednak opublikowane, tak więc skutkiem decyzji ministra było całkowite wstrzymanie prac rozwojowych. W Raporcie NIK odnotowano, że w momencie podejmowania decyzji minister nie rozporządzał informacją na temat stopnia zaawansowania prac, ani też wielkości kwot wydanych do tego momentu na uruchamianie RUM. Po fakcie oszacowano, że decyzja ta spowodowała bezpośrednie straty w wysokości ok. 205 mln złotych, które zostały wydane na budowę RUM (sprzęt, organizacja, książeczki). Spowodowało to zamęt, ponieważ przestało być jasne, jaki system przepływu informacji miał być stosowany. W konsekwencji, poza lokalnymi inicjatywami, spośród których najbardziej znana to system stosowany w Śląskiej Kasie Chorych, system opieki zdrowotnej nie został wyposażony w sprawny system statystyczny i rozliczeniowy. Przypomnijmy, że zreformowany system potrzebował do swoich rozliczeń precyzyjnej i szybko przekazywanej dokumentacji.

Przedstawione wydarzenie można interpretować w dwojaki sposób. Po pierwsze, można wskazywać na doraźne uwarunkowania sytuacji. Decyzja o tworzeniu RUM – jako decyzja kierunkowa – została podjęta przez Radę Mi-

---

<sup>71</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej (Nr P99/061), Warszawa 2001.

nistrów w 1996 roku, a więc przez rząd o innym zabarwieniu politycznym, niż rząd wprowadzający w życie reformę ubezpieczeniową. Rząd J. Buzka niejednokrotnie demonstrował niechęć do kontynuowania ustaleń poprzedników, niewykluczone zatem, że i tym razem zamierzał odciąć się od wcześniejszych decyzji. Po drugie, decyzja o rezygnacji z tworzenia RUM oraz niepodjęcie decyzji o budowaniu innego systemu wynikały z przesłanki o zbędności posiadania dobrych i kompletnych zbiorów informacji na temat działania systemu jako całości. Jeśli bowiem odpowiedzialność rządu za sprawy zdrowia w skali całego kraju traktuje się jako zbędną, to nie ma powodu tworzenia bazy informacyjnej do podejmowania decyzji w takiej skali. Co więcej, brak wspomnianej bazy eliminuje pokusę podejmowania takich decyzji, tak samo jak wyłącza możliwość prowadzenia nadzoru nad funkcjonowaniem systemu. W tego typu optyce, jeśli uznać kasy regionalne za podstawowe składniki nowego systemu, a region jest terenem kontraktowania świadczeń i ich rozliczania, to tylko na tym poziomie dobra informacja byłaby potrzebna. To, że dla województw nie tworzone szybko i konsekwentnie baz informacyjnych mogło być następstwem ogólnego braku sprawności administracyjnej i nie musiałyby świadczyć przeciw przedstawionej hipotezie.

#### ***4.3.2. Funkcje kontrolne i koordynacyjne***

Szczególnie niejasne i niespójne były idee dotyczące funkcji nadzorczych i kontrolnych. Początkowo próbowano bronić idei samoregulującego się systemu. Z czasem jednak, w miarę tego, jak pogłębiał się chaos, coraz bardziej bezsporna stawała się konieczność wzmocnienia mechanizmu koordynacyjnego i kontrolnego, realizowanego przez Krajowy Związek Kas Chorych (KZKCh) i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ).

Dostrzeżenie tego problemu zaowocowało propozycją nowego uregulowania kompetencji UNUZ, która przedstawiona została na jesieni 1999 roku.

Zgodnie z pierwotną regulacją jego pozycja była relatywnie słaba. W wielocentrycznym układzie decyzyjnym, który wyłaniał się z procesu reformowania, był on tylko jednym z wielu elementów odgrywających rolę w regulowaniu sektora zdrowotnego i zarządzaniu nim. Przedstawiona propozycja miała to zmienić<sup>72</sup>. Wzmocnienie UNUZ miało dotyczyć zarówno relacji z kasami chorych i ich organami, jak i – na co warto zwrócić szczególną uwagę – relacji ze świadczeniodawcami.

Kształtując pozycję UNUZ wobec kas chorych, zaproponowano, by prezes UNUZ mógł „żądać dodatkowych sprawozdań (w sprawie sprawozdań finansowych kas), określając wzór sprawozdania i terminy przedkładania”. Pominęto kryterium „uzasadnionego przypadku”, występujące poprzednio, co tworzyło możliwość wprowadzenia stałego obowiązku sprawozdawczego. Wprawdzie

---

<sup>72</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (wersja z dnia 28 września 1999).

było to niezgodne z ideą niezależności kas, ale wobec braków informacyjnych zawierało ziarno racjonalności.

Zaproponowano możliwość przedłużenia okresu, na jaki było dopuszczalne powoływanie zarządu komisarycznego (do 24 miesięcy zamiast od 6 do 12 miesięcy). Nie było to dążenie do bezpośredniego podporządkowania, co raczej dowód braku zaufania co do umiejętności samodzielnego wyjścia kas z kryzysu. Autorzy nowelizacji zaproponowali, aby UNUZ mógł nakładać kary na członków Prezydium Rady Krajowego Związku Kas Chorych w wysokości do 10-krotnego przeciętnego wynagrodzenia (poprzednio 3-krotnego).

Proponowane zmiany dotyczące zmian relacji ze świadczeniodawcami były dalej idące. I tak, zakres działalności instytucji kontrolowanych przez UNUZ miał objąć świadczeniodawców, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym. Według poprzedniego brzmienia przepisu, świadczeniodawcy byli kontrolowani tylko przy zastosowaniu kryterium legalności – odmiennie od zasad kontrolowania płatników. Przedstawiona propozycja wynikała zapewne z dwojakich przesłanek. Po pierwsze, fakty nie potwierdzały przyjętych założeń na temat skuteczności zastosowanych mechanizmów: płatnicy nie postępowali dostatecznie racjonalnie, a stosowane przez nich bodźce nie skłaniały świadczeniodawców do racjonalnego zachowania. Po drugie, autorzy reformy i główne ośrodki decyzyjne skłonne były do pragmatycznych wyborów i nie obstawały przy doktrynalnym podejściu, jeśli troska o sprawność systemu – oczywiście był w tym także interes polityczny, związany z powodzeniem całego przedsięwzięcia – kazała odstąpić od deklarowanych wcześniej zasad.

Jednocześnie można poczynić uwagę, że wzmocniona pozycja UNUZ nie była wykorzystywana do wzmocnienia jego funkcji koordynacyjnych w sposób prowadzący do usprawnienia funkcjonowania całego systemu. Kasy w znacznym stopniu nadal pozostawione były same sobie w rozstrzyganiu trudnych problemów. Dotyczyło to jednej ze spraw, która pozostała kłopotliwa i nierozstrzygnięta – wzorów zawieranych umów. Zgodnie z nowymi przepisami kasy powinny przekazywać do UNUZ wzory umów ze świadczeniodawcami w określonym terminie przed ich wprowadzeniem. Oznacza to, że kasy miały pozostać autorami wzorów, jak to było od początku reformy. Wzorce powinny powstawać tam, gdzie zgromadzone są zasoby umożliwiające sprawne ich przygotowanie, może w ośrodkach akademickich, a może w UNUZ. Tymczasem kasy powinny być biegłe we właściwym przygotowaniu samych umów oraz ich wynegocjowaniu, a zwłaszcza w doborze bodźców skutecznie oddziałujących na świadczeniodawców.

Propozycja wzmocnienia uprawnień UNUZ okazała się bardziej efektem doświadczeń osób borykających się z problemem koordynacji i kontroli, aniżeli z ugruntowaną zmianą koncepcji reformatorskich. Co więcej, w kręgach politycznych, zwłaszcza tych niezwiązanych bliżej z realizacją procesu reformatorskiego, narastały przekonania, że wzmacnianie takich narzędzi jest jednym z przejawów rozbudowy biurokracji, a środki na to przeznaczane są środkami

traconymi. Na fali tego rodzaju opinii i nastrojów Sejm w grudniu 2000 roku podjął decyzję o rozwiązaniu Krajowego Związku Kas Chorych i zaprzestaniu jego działalności od czerwca następnego roku<sup>73</sup>.

Śledząc debatę, w trakcie której uchwalono tę zmianę można było odnieść wrażenie, że posłowie przenoszą nastroje społeczne, zgodnie z którymi ostrze krytyki kierowało się przeciwko „administracji” opieki zdrowotnej, cokolwiek miałooby to znaczyć. Wielu posłów wykazywało małe zrozumienie idei, że w systemie zdrowotnym funkcje koordynacyjne i kontrolne muszą być – ze względu na sprawność – przez kogoś realizowane. Ich likwidacja miała przyczynić się do oszczędności w części wydatków administracyjnych, zwiększając pulę środków dostępnych na funkcje podstawowe. W trakcie debaty przedstawiciel UW zaproponował także likwidację Ministerstwa Zdrowia, co było o tyle kłopotliwe, że instytucja ta miała przejąć wiele obowiązków po zlikwidowanym KZKCh. Albo celowo, albo z niewiedzy propozycja taka była skierowana na zmniejszenie szans przywrócenia systemowi sprawności i wykorzystania możliwości tkwiących w rozwiązaniach reformatorskich.

Likwidacja KZKCh pozbawiała system bardzo ważnego dla jego funkcjonowania elementu i osoby związane z kierowaniem zreformowanym systemem w pełni zdawały sobie sprawę ze szkodliwości wprowadzonej nowelizacji. System tracił organ przygotowany do prowadzenia analiz łączących sprawy medyczne i finansowe, co więcej, zdobył już w tej dziedzinie pewne doświadczenia. Była Pełnomocnik ds. Wprowadzenia PUZ stwierdziła, że

„Likwidacja KZKCh jest ruchem wprowadzającym dużo zamieszania i przynoszącym szkodę całemu systemowi. Mogę tylko wyrazić ubolewanie, że w decyzjach Parlamentu zabrakło niezbędnej racjonalności”<sup>74</sup>.

Znaczenie wyrządzonych strat staje się oczywiste, gdy weźmie się pod uwagę treść ostatnich postanowień podjętych przez KZKCh. Były to uchwały w sprawie przyjęcia opracowanych standardów procedur medycznych w wybranych dziedzinach<sup>75</sup> oraz w sprawie ujednolicenia zasad gromadzenia i przekazywania przez kasy chorych danych dotyczących planowania i realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>76</sup>. Być może, gdyby dokumenty takie były przygotowane wcześniej i firmowane przez instytucję wspieraną przez władze, a nie przeznaczoną do likwidacji, dalszy przebieg reformy mógłby przybrać zupełnie inny obrót.

---

<sup>73</sup> Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. Dz.U., nr 122, poz. 1324.

<sup>74</sup> Z.A. Nowodworska, *Likwidacja KZKCh i co dalej?* Rozmowa z podsekretarzem w Ministerstwie Zdrowia, minister A. Knysok, Biuletyn Kas Chorych, 6(36), 2001.

<sup>75</sup> Uchwała nr 2/XII/01 Rady Krajowego Związku Kas Chorych z dnia 28 kwietnia 2001.

<sup>76</sup> Uchwała nr 3/XII/01 Rady Krajowego Związku Kas Chorych z dnia 28 kwietnia 2001.

#### 4.3.3. Dostępność świadczeń dla studentów

Jednym z kłopotliwych problemów była kwestia korzystania ze świadczeń przez studentów. Pozornie sprawa ta nie powinna być źródłem żadnych trudności: zdecydowana większość studentów miała uprawnienia do świadczeń z tytułu ubezpieczenia swoich rodziców, pozostając na ich wyłącznym utrzymaniu, a niektórzy mieli uprawnienia samodzielne. Kiedy przyjęto luźną interpretację pojęcia „wyłączonego utrzymania” – wystarczyło oświadczenie zainteresowanego – wydawało się, że organizacja opieki nad studentami będzie łatwa. Powstawała jednak bariera techniczna dla studentów odbywających naukę poza miejscem stałego zamieszkania, a – mówiąc bardziej precyzyjnie – poza siedzibą regionalnej kasy chorych, w której ubezpieczeni byli rodzice studenta. Problem został dostrzeżony stosunkowo wcześniej, bo już na początku roku akademickiego 1999. Pełnomocnik ds. Wprowadzenia PUZ pisemnie przypominała, że wszyscy studenci mają prawo do nieodpłatnej opieki zdrowotnej w miejscu studiów<sup>77</sup>. Jednak adresat tego pisma nie został najlepiej wybrany: list był skierowany do rektorów wyższych uczelni, którzy nie mieli żadnego wpływu na to, jak studenci byli traktowani w placówkach służby zdrowia. Bezsilność rektorów wynikała także z tego – poza ogólnymi zmianami wynikającymi z reformy – że zerwano z ideą akademickiej służby zdrowia i jej dawne instytucje musiały podpisywać umowy z kasami na powszechnych zasadach. Podobnie od studentów nie oczekiwano, że będą wybierać placówki dawnej Palmy. Naturalna nisza sprawowanej nad studentami opieki zdrowotnej, także profilaktycznej, przestała praktycznie istnieć.

Zgodnie z możliwymi do przewidzenia konsekwencjami fakt poinformowania rektorów o uprawnieniach studentów nie zmienił sytuacji. Wiosną 2000 roku regionalne kasy i branżowa kasa zawarły porozumienie w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych uczniom i studentom, odbywającym kształcenie poza miejscem stałego pobytu – na terenie innym, niż kasa chorych, w której są ubezpieczeni<sup>78</sup>. Zasady te, w których po raz kolejny potwierdzono uprawnienia studentów – obejmowały następujące postanowienia:

- studenci wybierają lekarza POZ w miejscu nauki i korzystają z jego świadczeń przez okres dziewięciu miesięcy w ciągu roku oraz lekarza w miejscu zamieszkania (ubezpieczenia) na okres pozostałych trzech miesięcy;
- studenci upoważniają uczelnie do przekazania ich danych osobowych do kasy właściwej ze względu na miejsce pobierania nauki, a szkoły mają obowiązek dostarczenia stosownej informacji;
- brak upoważnienia (zaniechanie studenta) lub brak przekazania informacji kasie (zaniechanie uczelni) pozbawiało studenta możliwości korzystania z opieki zdrowotnej zarówno w miejscu nauki, jak i w miejscu zamieszkania.

---

<sup>77</sup> Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, pismo BIU-076/303/99 z dnia 27.10.1999 r. do Rektorów Wyższych Uczelni.

<sup>78</sup> Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, pismo MA/2123/00 z dnia 16 maja 2000 r. do Ministra Edukacji Narodowej.



Warto podkreślić dwa aspekty tej sprawy. Po pierwsze, całe zamieszanie miało swoje źródło w niedopracowaniu formalnych reguł współpracy między kasami chorych a świadczeniodawcami, faktycznie sprawującymi opiekę nad studentami. Gdyby świadczeniodawcy mogli się rozliczyć z kasą ubezpieczającą studenta – jak to było określone w logice reformy – problem w ogóle by nie powstał. Po drugie, opracowane porozumienie w minimalnym stopniu wpływało na przepływy pieniężne adresowane do świadczeniodawcy – znowu niezgodnie z logiką reformy, według której miała być finansowana działalność – świadczenie usług – a nie istnienie placówki. Wspomaganie kasy położonej w miejscu nauki co najwyżej pośrednio mogło wpływać na sytuację zainteresowanego świadczeniodawcy. Warto też dostrzec, jak bardzo drakońska była kara stosowana w przypadku formalnych błędów związanych z przekazywaniem informacji. Niezawinione przez studenta zaniedbanie uczelni pozbawiało go możliwości korzystania z jakichkolwiek świadczeń, co było rozwiązaniem całkowicie bezprawnym, ale na które – o ile wiadomo – nie zwrócono uwagi. W rozwiązanie problemu zaangażowani zostali rektorzy – poproszeni za pośrednictwem ministra edukacji o zorganizowanie akcji informowania studentów, pozyskiwanie upoważnień i przekazywanie danych.

Mimo powagi osób i urzędów biorących udział w rozstrzyganiu sprawy, problem nie został rozwiązany. W połowie 2000 roku wróciła kwestia finansowania składek studentów i doktorantów, za których składka powinna być płacona przez uczelnie. Ministerstwo Edukacji skarżyło się na trudności w pozyskaniu informacji na temat liczby i rozmieszczenia osób znajdujących się w tej sytuacji<sup>79</sup>. Tym razem informacja była niezbędna dla rekompensowania uczelniom ponoszonych przez nie wydatków (w wysokości 27,30 zł za studenta). Po koniec roku kasy – przynajmniej niektóre – zmieniły przyjęte wcześniej ustalenia i zażądały, by studenci ubezpieczeni byli tylko w jednej kasie<sup>80</sup>. Przeciw takiej decyzji zaprotestowali rektorzy, aczkolwiek przedmiotem protestu nie była obrona ubezpieczania się w dwóch kasach – co było prawnie niemożliwe – ale możliwości korzystania ze świadczeniodawców opłacanych przez dwie różne kasy. Okazało się, że rozwiązanie, w którym stosowano formułę trzy czwarte do jednej czwartej, dostatecznie skuteczne, mimo całej swojej sztuczności, może być dowolną decyzją kasy zlikwidowane. Ponieważ było wprowadzone w życie na drodze dobrowolnego porozumienia, którego stroną nie były uczelnie ani studenci, to możliwe było arbitralne wycofanie się z jego postanowień. Sytuacja powróciła więc do punktu wyjścia, dostarczając przykładu uderzających trudności w rozwiązaniu problemu, który wyłonił się wyłącznie na skutek niedorozwoju koncepcji – przede wszystkim sposobu interpretowania treści tytułu ubezpieczeniowego – zastosowanych w reformie.

---

<sup>79</sup> Ministerstwo Edukacji Narodowej, Departament Ekonomiki Edukacji, pismo DE-I-0333-027/00 z dnia 6 czerwca 2000 r. adresowane według rozdzielnika.

<sup>80</sup> Stanowisko Rektorów Szkół Wyższych Krakowa z dnia 18 grudnia 2000 r. w sprawie zmiany dotychczasowych zasad rejestracji i finansowania świadczeń dla studentów w Małopolskiej Kasie Chorych.

W grudniu 2000 roku przedstawiciele kas spotkali się kolejny raz i opracowali porozumienie w sprawie rozliczeń między kasami. Rozliczenia miały objąć świadczenia zdrowotne oraz wydatki na leki. Jednak jedna kasa – kasa lubelska – nie przystąpiła do tego porozumienia i utrzymała zasadę, że rozliczenia powinny być dokonywane między świadczeniodawcą a kasą, w której ubezpieczona była osoba korzystająca ze świadczeń, pod warunkiem jednak, że przed podjęciem leczenia zostanie wyrażona odpowiednia zgoda. Było to więc utrzymanie bardzo poważnych restrykcji.

Wreszcie nowelizacja ustawy o PUZ z lipca 2001 roku wprowadziła możliwość leczenia się w miejscu czasowego zameldowania – studenci mają takie zameldowanie w miejscu nauki – a rozliczenia miały być dokonywane między kasami. Ta słuszna zasada nie rozwiązywała jednak trudności technicznych związanych z wyborem lekarza pierwszego kontaktu i nie przesądzała, czy możliwy jest wybór dwóch świadczeniodawców w zakresie świadczeń POZ.

#### **4.3.4 . Dyskusje o ustroju ochrony zdrowia**

Wejście w życie reformy w żadnej mierze nie zakończyło koncepcyjnych poszukiwań kierunków dalszych zmian. Wprawdzie w oficjalnej polityce informacyjnej dawano do zrozumienia, że reforma była oparta na solidnych podstawach, jednak w węższych kręgach szeroko akceptowana była teza, że zrobiono dopiero pierwsze kroki<sup>81</sup>. Z tezy tej wyciągnięte zostały wnioski praktyczne: gabinet polityczny ministra, pracujący pod kierunkiem E. Hibner, został w praktyce przekształcony w zespół, którego zadaniem było przygotowanie projektu ustawy. W ustawie miały być rozstrzygnięte podstawowe, ale bardzo szeroko zakreślone, kwestie dotyczące zasad funkcjonowania zreformowanego systemu, stąd ustawa była nazywana ustawą o ustroju ochrony zdrowia. Prócz niej w pakiecie ustaw miały znaleźć się przepisy o szpitalach, o inspekcji usług medycznych, a także o zakresie świadczeń gwarantowanych. Od początku jednak zespół stał przed trudnym problemem, bowiem nie całe kierownictwo resortu zgadzało się z przyjętym kierunkiem prac.

Zgodnie z przygotowywanym projektem, zasadnicza ustawa miała składać się z sześciu części. W pierwszej miano definiować odpowiedzialność władz publicznych za sprawy związane ze zdrowiem i jego ochroną (opieką zdrowotną), kompetencje poszczególnych władz, przy uwzględnieniu zadań samorządów terytorialnych. Druga część miała być poświęcona prawom pacjenta, co miało być realizacją długo bronionego postulatu o konieczności ustawowego zakotwiczenia praw pacjenta w jednym akcie prawnym. Autorzy projektu podkreślali konieczność uwzględnienia dorobku, jaki w ostatnich latach został w tej dziedzinie wypracowany. W trzeciej części zamierzano określić nową strukturę instytucji świadczących usługi zdrowotne, zakładając, że jedyne akceptowane formy organizowania organów tworzących zakłady to fundacja lub spółka prawa

---

<sup>81</sup> M. Solecka, *Niepewny los rynku*, Rzeczpospolita, 29.08.2000.

handlowego posiadająca osobowość prawną. Uznawano, że kompleksowe uregulowanie tych problemów nastąpi w pakiecie ustaw obejmujących przepisy o prywatyzacji, transporcie sanitarnym, znowelizowaną ustawę o fundacjach, ustawę o narodowej sieci szpitali (w ich przygotowaniu miały uczestniczyć samorządy). Część czwarta miała być poświęcona problemom zawodów medycznych, prawa wykonywania zawodu, tworzenia zawodowej reprezentacji (izb zawodów medycznych), ale głównie formom wykonywania zawodów, a więc formom udzielania świadczeń. Struktura świadczeniodawców miała bowiem być kształtowana – poza przepisami o instytucjach z części trzeciej – regulacjami określającymi samodzielnie tworzone organizacje udzielania świadczeń (wykonywanie wolnego zawodu). W części piątej podejmowano sprawy bezpieczeństwa zdrowotnego, ocenianego z dwóch punktów widzenia. Po pierwsze, jako działalność ratunkowa, podejmowana w sytuacjach szczególnego zagrożenia. W związku z tym stawiano problem określenia miejsca systemu ratownictwa medycznego, traktowanego jako część (podsystem) krajowego systemu ratownictwa. Po drugie, chodziło o instytucje sprawujące nadzór nad warunkami zdrowotnymi otoczenia, instytucje, które powinny działać pod kontrolą ministra zdrowia, realizując zadania wchodzące w zakres odpowiedzialności publicznej. Wśród nich powinien znajdować się Urząd Nadzoru Usług Medycznych. Wszystkie te instytucje, podobnie jak system ratownictwa medycznego, powinny mieć samodzielne regulacje prawne rzędu ustawy. Część szósta miała być poświęcona profilaktyce i promocji zdrowia, które były rozumiane nie tylko jako przedmiot odpowiedzialności instytucji publicznych – przede wszystkim wspólnot lokalnych i władz samorządowych – ale również jako aktywność samodzielnych podmiotów: rodzin, stowarzyszeń, organizacji pozarządowych. Instytucje publiczne miałyby przede wszystkim wspierać aktywność tych podmiotów. Autorzy projektu przypomnieli o konieczności silniejszego umocowania prawnego działań promocyjnych, w tym także inicjatyw podejmowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

Prace zespołu były bardzo efektywne i kolejne, wzbogacane wersje projektu przygotowywane bardzo szybko. Coraz bardziej jednak ujawniały się trudności w powiązaniu tych prac z kierunkami działania ministerstwa. Koncepcje przyjmowane w projekcie nie były logicznym następstwem przyjętej wcześniej strategii, która była przekształcana w ustawę. Strategii takiej nie było i – być może, posługując się kryteriami pragmatycznymi – członkowie zespołu rozpoczynali prace bardziej od konstrukcji, które miały być stosowane w akcie prawnym, bez wcześniejszego rozstrzygnięcia trudnych kwestii merytorycznych. Kiedy więc zespół przedstawił zaawansowany projekt, tekst ten nie został uznany za oficjalny dokument ministerstwa. Jednocześnie, projekt poddany ocenie gremiów prawniczych spotkał się z bardzo surową krytyką, zarówno z powodu ogromu materii, która miała być poddana regulacji, jak i z powodu wątpliwości co do arbitralnych rozstrzygnięć merytorycznych. W konsekwencji projekt nie stał się przedmiotem bardziej zaawansowanego postępowania legislacyjnego, nie został potraktowany jako oficjalny dokument resortu i nie był przedmiotem dyskusji na

forum rządu. Nowy minister G. Opala zdystansował się wobec projektu, a w styczniu 2001 roku osoba promująca ustawę odeszła z ministerstwa. Projekt stał się jednym z wielu dokumentów reformatorskich, które – mimo podjęcia bardzo ważnych spraw – wywarły niewielki wpływ na rzeczywistość.

#### 4.3. 5. Dyskusje o prywatyzacji

Trwające latami niezadowolenie z działania publicznej służby zdrowia doprowadziło do idealizacji sektora prywatnego i jeszcze w badaniach przeprowadzonych w 1999 roku 56% respondentów deklaroowało poparcie dla idei prywatyzacji szpitali<sup>82</sup>. Kiedy jednak pytano ich, czy do prywatyzacji należy przystąpić w niedalekiej przyszłości, kierunek poparcia zmienił się zasadniczo: zwolenników było 36%, a przeciwników 48%. Zasadna zatem wydaje się hipoteza, że mimo bardzo złego postrzegania reformy, prywatyzacja szpitali pozostawała dla dużej części społeczeństwa mało atrakcyjną perspektywą.

Komentatorzy – przynajmniej niektórzy – popierali prywatyzację jako narzędzie usprawniające<sup>83</sup>. Na ogół mieli na myśli dwie sprawy: konkurencję między świadczeniodawcami, także tę prowadzącą do upadłości, oraz konkurencję między płatnikami, z udziałem prywatnych kas chorych<sup>84</sup>. Jedną z rozważanych opcji było wprowadzenie nierekompensowanej składki ubezpieczenia zdrowotnego<sup>85</sup>. W ich krytyce reformy stale była obecna przesłanka, że jej niepowodzenia są spowodowane brakiem zdecydowania liderów, co do konieczności przyspieszenia zmian prywatyzacyjnych<sup>86</sup>. Niekiedy odzywały się także głosy ostrzegawcze: wprawdzie konkurencja powinna doprowadzić do poprawy sytuacji, ale odczuwanej tylko przez niektórych, tych którzy zdołają się utrzymać na rynku<sup>87</sup>. Także przedstawiciele środowisk menadżerskich w ochronie zdrowia (STOMOZ) wyraźnie dostrzegali zalety prywatnej służby zdrowia<sup>88</sup>. Wydaje się, że grupy te w większości popierały prywatyzację szpitali, zwracając zwłaszcza uwagę na problem uwolnienia się od wpływów politycznych, także w ocenie, powoływaniu i odwoływaniu dyrektora<sup>89</sup>. Dotyczyło to również wiodących świadczeniodawców, którzy chcieli „brać sprawy w swoje ręce”<sup>90</sup>. Niektórzy spośród nich powołali „Korporację Medyczną” – jeszcze publiczną – która miała być partnerem prywatnych ubezpieczycieli. Ciekawe, że stało się to w czasie

---

<sup>82</sup> A. Kozłowski, *Szpitaly kliniczne wobec prywatyzacji*, Szpital Polski, 3, 2000.

<sup>83</sup> K. Tymowska, *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce*, Gabinet Prywatny, 3, 2000.

<sup>84</sup> J.A. Majcherek, *Nieskuteczna terapia*, Rzeczpospolita, 08.12.2000.

<sup>85</sup> Była to propozycja zawarta w „Strategii Polityki Społecznej 1999–2020” przygotowanej przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową; za: K. Łyskawa, M. Masny, *Czy będą prywatne Kasy Chorych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 2(35), 2000.

<sup>86</sup> M. Dercz, H. Izdebski, *Ani efektowna, ani efektywna*, Rzeczpospolita, 08.06.2001.

<sup>87</sup> M. Solecka, *Chora reforma zdrowia*, Rzeczpospolita, 16.12.2000.

<sup>88</sup> M. Wójtowicz, *Co to jest prywatyzacja*, Służba Zdrowia, 8–9, 2000.

<sup>89</sup> T. Sławatyniec, *Polityka kontra zdrowy rozsądek*, Służba Zdrowia, 75–77, 2000

<sup>90</sup> B. Cieszevska, *Monopol na leczenie*, Rzeczpospolita, 12.12.2000.

jednego z seminariów poświęconych sektorowi prywatnemu<sup>91</sup>. Inicjatywa była bardzo na czasie, ponieważ zgodnie z obowiązującymi przepisami wszyscy oczekiwali wtedy wejścia na rynek prywatnych ubezpieczycieli od 2002 roku i wielu aktywnych świadczeniodawców – a także przedstawicieli instytucji finansowych – przygotowywało się do tej sytuacji.

Wydaje się, że partie polityczne w oficjalnych stanowiskach bardzo oszczędnie wypowiadały się o problemach prywatyzacji. Nie podjęło tego problemu SLD<sup>92</sup>, a podejście przyjmowane przez UW – propozycja zintegrowanych pakietów zamiast małych kontraktów – raczej perspektywę prywatyzacji oddalała, niż przybliżała<sup>93</sup>, co zresztą znalazło wyraz w przygotowanym przez tę partię projekcie nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>94</sup>.

Były pewne sygnały, że perspektywami działania prywatnego sektora zdrowotnego w Polsce były zainteresowane zagraniczne grupy kapitałowe, choć trudno ocenić, na ile realne były ich przyszłe inwestycje i jak by wpływały na kształt rynku zdrowotnego<sup>95</sup>. Kiedy pod koniec 2000 roku uchwalono nowelizację, która zniósła możliwość wejścia na rynek prywatnych ubezpieczycieli, perspektywa dużej zmiany – cokolwiek by to miało znaczyć – zdecydowanie się oddaliła<sup>96</sup>. Warto odnotować, że decyzja ta była podjęta z inicjatywy UW, przy powołaniu się na nieprzygotowanie systemu do przeprowadzenia takiej zmiany. Wydaje się, że większość głosująca za tym rozstrzygnięciem zapomniała, że należy odróżniać sprawy strategiczne i dalekosiężne od doraźnych. Doraźnie prywatni płatnicy mogli być postrzegani jako zagrożenie, ale strategicznie – dla prorynkowej UW – byli sojusznikiem w dążeniach do racjonalizacji systemu. Być może to pozornie alogiczne stanowisko było elementem wewnętrznych rozgrywek między partnerami istniejącej do niedawna koalicji rządowej. Ponieważ było wiadome, że liderzy reformy związani z AWS pokładali bardzo duże nadzieje w wejściu prywatnych ubezpieczycieli na rynek – co było związane z docenianiem konkurencji – członkowie UW nie zamierzali wspierać inicjatyw rządowych, które mogłyby skończyć się powodzeniem, postrzeganym jako zasługa AWS.

Przykładem stymulowania prywatyzacji było przedsięwzięcie znane jako „Program Restrukturyzacji”. Zostało ono zainicjowane w 1999 roku, kiedy okazało się, że mechanizmy wprowadzone przez reformę nie wywołały zmian u świadczeniodawców. W tej sytuacji rząd uznał, że potrzebne jest bardziej bez-

---

<sup>91</sup> Seminarium Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, Katowice, Służba Zdrowia, 61–64, 2000.

<sup>92</sup> W ocenie SLD. Seminarium klubu parlamentarnego, Służba Zdrowia, 27–29, 2000.

<sup>93</sup> Zdaniem UW. II Forum Zdrowia w Krakowie, Służba Zdrowia, 27–29, 2000.

<sup>94</sup> Nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym: Siedem projektów, Służba Zdrowia, 14–15, 2000.

<sup>95</sup> *Enterprise Investors*, Informacja prasowa, Antidotum, 6, 2000.

<sup>96</sup> Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. Dz.U., nr 122, poz. 1324.

pośrednie oddziaływanie<sup>97</sup>. W programie wyraźnie sformułowano strategiczne kierunki przekształceń: zmniejszanie stanu posiadania zakładów publicznych (zmniejszanie i likwidowanie jednostek) oraz wsparcie i aktywizacja inicjatyw i programów prywatyzacyjnych<sup>98</sup>. W miejsce likwidowanych zakładów publicznych miały powstać zakłady niepubliczne, a zwolnieni pracownicy mieli podejmować pracę w sektorze prywatnym<sup>99</sup>. Służyć temu miały środki przeznaczane na przebudowę zakładów i kredyty dla pracowników przechodzących do sektora niepublicznego, przekazywane przez ministerstwo poszczególnym województwom. W ramach ogólnokrajowej strategii miały powstawać programy dla poszczególnych regionów (województw) opracowywane przez niezależne grupy eksperckie, akceptowane przez Regionalne Komitety Sterujące, ciała polityczne, składające się z przedstawicieli władz samorządowych (wojewoda był obserwatorem) oraz zatwierdzane na poziomie Ministerstwa Zdrowia. W programie racje prakseologiczne współwystępowały z ideologicznymi w trudnych do ustalenia proporcjach.

Środowiska rządowe i ministerstwo szukały – z pewnymi wahaniem – bardziej długofalowej wizji dotyczącej prywatyzacji. Ujawnia to wypowiedź Szefa Gabinetu Politycznego Ministra<sup>100</sup>. Pokazując potencjalne zalety prywatyzowania szpitali, wskazywała konieczność zachowania ostrożności i podkreślała, że „ryzyko warto podjąć tam, gdzie kadra zarządzająca, pracownicy, otoczenie np. prywatny kapitał, są przygotowani do przekształceń systemowych”. Zwraca również uwagę na przydatność pilotowego wdrażania zmian prywatyzacyjnych. Jeszcze wiele miesięcy później przedstawiciele ministerstwa wypowiadali się w tym samym duchu i podkreślali brak gotowości do przygotowania jednego aktu prawnego – ustawy o prywatyzacji ochrony zdrowia – który stanowiłby wyraźną deklarację o strategicznych priorytetach zmian w sektorze<sup>101</sup>. W oficjalnym dokumencie, w którym oceniano postępy reformy, znalazło się stwierdzenie, że tworzenie prywatnych praktyk lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej, to „podstawowy proces, na którym opiera się reforma”<sup>102</sup>. Rekomendowano tam również opracowanie procedur prywatyzacyjnych. Liderzy reformy byli zwolennikami poglądu – znalazło to wyraz także w naszych wy-

---

<sup>97</sup> Ministerstwo Zdrowia – Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych, Służba Zdrowia, 20–21, 2000.

<sup>98</sup> Likwidacja stawała się niezbędna, bowiem MZ wprowadziło normę 40 łóżek na 10 000 ludności, przy zastanej średniej dla kraju na poziomie 53 w szpitalach ogólnych (restrukturyzacja miała dotyczyć wszystkich szpitali).

<sup>99</sup> Niekiedy na pierwszym miejscu realizowanych celów stawiano jakość i dostępność, a spośród spraw związanych z prywatyzacją podkreślano rolę konkurencji; K. Czarniecka, *Efekty realizacji Programu Restrukturyzacji Systemu Ochrony Zdrowia w Polsce w latach 1999–2001*, Zdrowie i Zarządzanie, 4(3–4), 2002:7–22.

<sup>100</sup> Konferencja „Jak przygotowywać szpital do prywatyzacji”, Centrum Prywatyzacji „Biznes i Finanse”, listopad 1999, por.: E. Hibner, *O prywatyzacji szpitali*, Służba Zdrowia, 4–5, 2000.

<sup>101</sup> K. Czarniecka wystąpienie na III Forum.

<sup>102</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000.

wiadach – że instytucje publiczne, bez poddania ich zewnętrznej presji, są w znacznym stopniu niereformowalne. Presja ta mogła pochodzić tylko od instytucji prywatnych – albo od konkurujących świadczeniodawców, albo od wymagających płatników.

Presja bieżących prac sprawiła, że sprawa prywatyzacji była wielokrotnie odwlekana. W tej sytuacji projekt ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej stał się swoistym testamentem rządu w sprawach reformy opieki zdrowotnej<sup>103</sup>. W projekcie zaproponowano przyjęcie odrębnej ustawy, dotyczącej zakładów opieki zdrowotnej, w której zasady prywatyzacji byłyby w znacznej mierze wzorowane na przepisach ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych.

Autorzy projektu podkreślali, że ich celem nie była likwidacja publicznych ZOZ i przekształcenie wszystkich jednostek w jednostki prywatne. Chodziło o to, by samorządy mogły skorzystać z przepisów ustawy w celu zmiany formy prawnej podmiotów wykonujących usługi medyczne. Zakładano, że przez co najmniej kilka lat będą istniały obok siebie zakłady prowadzone przez spółki handlowe (lub przez innych nabywców mienia SP ZOZ) i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w dotychczasowej formule, a także niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednak po „kilku latach” prawdopodobne byłoby sprywatyzowanie całego sektora zdrowotnego, bo taki byłby – oczekiwany przez autorów projektu – efekt racjonalnego działania podmiotów świadczących usługi.

#### **4.3.6 . Państwowe Ratownictwo Medyczne**

W końcowej fazie kadencji została uchwalona ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, traktowana niekiedy jako najbardziej udane przedsięwzięcie w dziedzinie zmian wprowadzanych w systemie zdrowotnym<sup>104</sup>.

W ustawie został podjęty problem o pierwszorzędnym znaczeniu dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego – i poczucia bezpieczeństwa – wszystkich przebywającym na terytorium RP<sup>105</sup>. Do zrealizowania tego zadania została przyjęta bardzo ważna przesłanka: publicznej odpowiedzialności za organizację medycznych działań ratowniczych i budżetowego finansowania znaczącej części podejmowanych aktywności. W konsekwencji przedstawicielom administracji publicznej został powierzony istotny udział w realizacji celu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Akceptacja tej przesłanki zasługuje na podkreślenie. Jak już kilkakrotnie wspominałem, liderzy reformy wcale nie byli pewni zakresu pożądanej odpowiedzialności publicznej za sprawy ochrony zdrowia.

---

<sup>103</sup> Projekt ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej, druk sejmowy 3058.

<sup>104</sup> Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Porównaj: *Organizacja świadczeń pomocy doraźnej*, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w pierwszym półroczu 2001, [www.unuz.gov.pl](http://www.unuz.gov.pl)

<sup>105</sup> A. Ryś, *Czy ratownictwo medyczne jest potrzebne?* [w:] *Ratownictwo medyczne w Polsce*, J. Jakubaszko, A. Ryś, red., Wydawnictwo Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002:15–32.

Jednoznaczność przyjętej koncepcji przecięła przynajmniej część wątpliwości z tym związanych. Pojęcie bezpieczeństwa było odnoszone do ratowania ofiar wypadków, także katastrof i klęsk żywiołowych, poprzez stosowanie właściwych procedur medycznych. Organizacja systemu miała być podporządkowana zasadzie jak najszybszego dotarcia na miejsce, gdzie trzeba było udzielić pomocy przez kompetentnych pracowników oraz przewiezienia, w możliwie najkrótszym czasie, do szpitala, gdzie byłoby możliwe udzielenie pełnoprofilowej pomocy medycznej. Z tego względu problem odpowiedniego rozmieszczenia elementów systemu, tak by kryterium szybkiej reakcji było spełnione, był jedną z najważniejszych cech zaprojektowanego systemu.

System składał się z dwóch zasadniczych części: jednostek merytorycznych i centrów powiadamiania ratunkowego. Jednostkami merytorycznymi były szpitalne oddziały ratunkowe, specjalnie wyposażone i dysponujące kadrą przygotowaną do diagnozowania i leczenia ofiar nagłych wypadków. Ważną postacią tych jednostek były zespoły dysponujące samolotami i helikopterami, które – zwłaszcza w obrazie systemu przekazywanym opinii publicznej – miały odgrywać szczególnie istotną rolę w zapewnieniu najkrótszego czasu udzielania pomocy. Centrum powiadamiania ratunkowego – jego organizację i finansowanie powierzono staroście, realizującemu wytyczne wojewody – miało być najważniejszą instytucją koordynującą bieżącą działalność systemu PRM, a przede wszystkim jego współdziałanie z innymi instytucjami uczestniczącymi w działaniach ratowniczych.

Właśnie sprawa współdziałania z tymi instytucjami, a więc problem specyfiki PRM i jego miejsca wśród innych instytucji publicznych zainteresowanych bezpieczeństwem jest najciekawszym – ale i najtrudniejszym – problemem w jego konstrukcji. W ustawie napisano, że system PRM powinien działać w ramach systemu gotowości cywilnej i cywilnego zarządzania kryzysowego w czasie pokoju, co jest wyraźną wskazówką, że istnieje hierarchia i różnorodne relacje różnych systemów uczestniczących w działaniach ratunkowych. W ustawie była mowa o Krajowym Systemie Ratownictwa, jako kategorii nadrzędnej, o krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym, o programie „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. Była także mowa o jednostkach biorących udział w działaniach ratowniczych i w tym miejscu wymieniono Policję, pododdziały sił zbrojnych, a także GOPR, TOPR, WOPR, PCK. Wspomniano również medyczną akcję ratowniczą. Wszystkie działania PRM powinny być przedmiotem bezpośredniego zainteresowania wojewody i starosty, a zwłaszcza umieszczenia w wojewódzkim programie ratownictwa medycznego oraz w powiatowych, wojewódzkich i krajowym planie zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych. Centrum powiadamiania ratunkowego miało być narzędziem realizowania funkcji przez wojewodę. Można zatem uznać, że w projekcie był widoczny wysiłek zmierzający do budowania dużego i wielospecjalistycznego systemu.

Istotny problem – nie tylko teoretyczny – polegał na trudnościach ustalenia, jakie są elementy systemu, czy – mówiąc inaczej – gdzie przebiegają jego



granice. Definiując jednostkę systemu w ustawie przyjęto, że chodzi o jednostkę uprawnioną do podejmowania medycznych działań ratowniczych, o której była mowa w ustawie. Chodziło o specyficzne jednostki systemu PRM (oddziały ratunkowe i zespoły wyjazdowe), bo sprawy innych świadczeniodawców – zakładów, praktyk – były regulowane przez inne przepisy. Ale były przecież także różne jednostki aktywne w systemie zdrowotnym (nie w systemie ratowniczym), które nie będą nigdy częściami systemu PRM, a mimo to były uprawnione – a nawet zobowiązane – do prowadzenia działań ratowniczych w sensie podejmowania czynności niezbędnych do ratowania życia i zdrowia. Nie było żadnego powodu, aby instytucje takie nie mogły być włączane do systemu, choćby w sensie współdziałania i pokrycia poniesionych przez nie wydatków na działania spełniające kryteria działań ratunkowych. W ustawie pojawiła się tendencja do traktowania PRM jako systemu zamkniętego, o wyraźnych barierach, oddzielających go od otoczenia, także otoczenia instytucji medycznych. Kiedy bowiem określono zasady włączania jednostek do systemu (wyłącznie szpitalne oddziały ratownicze i zespoły ratownictwa medycznego), to konsekwentnie należało przyjmować, że niektóre instytucje, merytorycznie przygotowane do pełnienia zadań ratowniczych nie będą do systemu włączane. Jeśli zatem przyjmować dosłowną wykładnię przepisów, nie tylko pozostałe instytucje opieki zdrowotnej z definicji nie mogą stać się elementem PRM – włączając w to oddziały intensywnej opieki medycznej – ale także spośród uprawnionych tylko niektóre stają się elementami systemu dopiero po spełnieniu dodatkowych warunków i przejściu właściwych procedur. Problem separacji i współdziałania PRM z innymi instytucjami ujawnił się także przy rozwiązywaniu sprawy finansowania działań ratowniczych. Jak pisałem, ogólną zasadą było finansowanie działań PRM z budżetu. Jednak przy ustalaniu szczegółów okazało się, że dla osób ubezpieczonych budżetowe finansowanie obejmuje świadczenia zdrowotne przedszpitalne, świadczenia udzielane na miejscu zdarzenia i w środku transportu oraz koszt transportu. Natomiast pozostałe wydatki powinny być opłacane przez kasy chorych. Oznacza to, że wydatki ponoszone na funkcjonowanie jednego z najważniejszych ogniw systemu PRM – ratunkowych oddziałów szpitalnych – nie są ponoszone przez sam system, przynajmniej w części wydatków bieżących.

Wspominałem na wstępie tego fragmentu, że jednym z nadrzędnych kryteriów budowy PRM był problem szybkości jego reagowania. Dlatego nie dziwiło, że w ustawie znalazły się rozwiązania odnoszące się do tego problemu. Chodziło o normy organizowania systemu, w odniesieniu do liczby i rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego. Zostało to jednak potraktowane z przesadną szczegółowością<sup>106</sup>. Wydaje się, że należy krytycznie traktować obciążanie tek-

---

<sup>106</sup> Normy te powinny być takie, aby (a) mediana czasu dojazdu (w skali każdego miesiąca) nie była większa niż 8 minut w aglomeracji miejskiej (15 minut poza aglomeracją miejską), (b) trzeci kwartyl czasu dojazdu (w skali każdego miesiąca) był nie większy niż 12 minut w aglomeracji miejskiej (20 minut poza aglomeracją miejską), (c) maksymalny czas dojazdu nie był dłuższy niż

stu ustawy, której znaczenie było – dosłownie – systemowe drobiazgowymi, technicznymi szczegółami. Przy powszechnie stosowanym obyczaju przenoszenia nawet istotnych rozstrzygnięć do przepisów wykonawczych, wykazana tutaj troska normodawcy o ustalenie norm rozmieszczania elementów PRM była niepotrzebna.

Warto też odnotować, że niektórzy nasi respondenci podkreślali dobre ustalenie związków między PRM a innymi służbami, jako istotną zaletę ustawy. Twierdzili, że w czasie prac nad projektem uzyskano w tej dziedzinie znaczący postęp. Rozwijając tę opinię, można wnioskować, że pierwotne ustalenia zawierały więcej propozycji separacji, co nie najlepiej świadczyłoby o autorach. Jeśli jednak ustawę uznać za sukces, to koszt jej wdrożenia okazał się tak duży, że praktycznie – a także oficjalnie – zrezygnowano z jej stosowania<sup>107</sup>.

#### 4.3.7 . Odbiór społeczny

Nie tylko klimat społeczny, ale i wyniki badań wskazywały, że reforma opieki zdrowotnej była zmianą oczekiwaną i traktowaną jako bardzo potrzebna. W 1997 roku ponad 90% odpowiadających potwierdzało potrzebę jej pilnego wprowadzenia, pod koniec 1998 roku 74% respondentów wypowiedziało się za takim rozwiązaniem, chociaż z nadzieją na możliwości poprawy wypowiadała się tylko jedna czwarta odpowiadających<sup>108</sup>.

Jednak mimo pozytywnego nastawienia reakcje społeczne na wprowadzone zmiany nie były zgodne z oczekiwaniami. Wstępne dane na ten temat są przedstawione w tabeli.

Tabela 3

Działania systemu w ocenie (w %) respondentów

Ocena systemu	III 1998	VI 1999	I 2000	X 2000	XII 2000	I 2001
zdecydowanie dobry	2	2	1	1	1	1
raczej dobry	39	24	15	24	17	23
raczej zły	42	44	41	43	42	35
zdecydowanie zły	10	22	38	23	34	37

20 minut w aglomeracji miejskiej (30 minut poza aglomeracją miejską). Normy zostały uzupełnione o pewne zasady prowadzenia obliczeń.

<sup>107</sup> Uruchomiono pewną liczbę oddziałów ratunkowych i centrów powiadamiania ratunkowego, ale istotą ustawy był system.

<sup>108</sup> Dane pochodziły z różnych badań. *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 7–9.

Źródło: *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy*, Komunikat CBOS 2001, opracował W. Derczyński, [www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)

Paradoksalnie, z punktu widzenia celów reformy i intencji reformatorów, ogólna ocena systemu zdrowotnego była lepsza przed wprowadzeniem zmian, niż po nich. Co więcej, w czasie kontynuowania reformy jej odbiór nie ulegał poprawie.

Wyniki badania przeprowadzone we wrześniu 1999 roku przez COiEZ przyniosły bardziej pozytywny obraz sytuacji: 40% respondentów twierdziło, że system działał sprawnie, a 48% miało zdanie przeciwne<sup>109</sup>.

Odpowiedzi na pytanie, w którym proszono wprost o porównanie sytuacji przed i po reformie są przedstawione poniżej.

Tabela 4

Ocena funkcjonowania systemu przed i po reformie

	VI 2000	X 2000	I 2001
lepiej	12	11	13
bez zmian	18	18	21
gorzej	66	66	62

Źródło: *Cztery reformy w opinii społecznej*, Komunikat CBOS, opracowanie M. Falkowskiej, [www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)

Dokonywane wprost porównanie sytuacji przed i po reformie potwierdziło negatywne nastawienie zdecydowanej większości społeczeństwa. Mimo lekkiej poprawy nastrojów następujących wraz z trwaniem reformy, nadal zdecydowanie przeważały opinie o negatywnym wpływie zmian na funkcjonowanie systemu. Mimo tego w dwóch badaniach przeprowadzonych pod koniec 2000 roku 66% (74%) twierdziło, że ma trudności w dostaniu się do lekarza pierwszego kontaktu, a 59% (54%) potwierdzało życzliwe traktowanie pacjentów<sup>110</sup>.

Tabela 5

Ocena wprowadzenia reformy opieki zdrowotnej

	III 99	VI 99	XII 99	VI 00	I 01
jest korzystne	21	18	19	19	15
nie ma znaczenia	14	14	10	17	20
jest niekorzystne	46	50	59	55	55

<sup>109</sup> Dane pochodziły z różnych badań. *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 21.

<sup>110</sup> *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 21.

Źródło: *Cztery reformy w opinii społecznej*, Komunikat CBOS, opracowanie M. Falkowskiej, [www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)

Odpowiedzi na pytanie sformułowane w sposób bardziej bezpośrednio odnoszący się do sytuacji respondenta – reforma jest odczuwana przez pacjenta jako korzystna – przyniosło równie niepomyślne wyniki. Zdecydowanie przeważali ci, którzy uważali, że skutki reformy były niekorzystne, a wraz z upływem czasu odsetek przekonanych, że wynikało z niej jednak coś pożytecznego systematycznie się zmniejszał.

Być może jedną z przyczyn złego odbioru reformy było przekonanie o jej złym przygotowaniu, którą to opinię wyrażało 77% odpowiadających, w większości obarczając odpowiedzialnością za ten stan rzeczy Ministerstwo Zdrowia<sup>111</sup>.

W badaniach prowadzonych w ramach projektu „Diagnoza społeczna” stwierdzono, że ponad 51% odpowiadających sądziło, że dostępność pogorszyła się w wyniku wprowadzenia reformy<sup>112</sup>. Jednocześnie jednak jedna trzecia respondentów wstrzymywała się od zajęcia stanowiska, co mogło świadczyć o trudnościach z zajęciem stanowiska, bądź to na skutek braku informacji, bądź braku opinii. Jeśli przyjąć, że podstawą syntetycznej oceny jest pogląd na temat stopnia zaspokojenia potrzeb, to badania te wskazały, że tylko w 3% gospodarstw domowych dostrzegano poprawę, a w 38% stwierdzono pogorszenie<sup>113</sup>. Odsetek tych gospodarstw, w których nie dostrzegano żadnych zmian wynosił blisko 60%. Ale kiedy pytano o zadowolenie z możliwości leczenia okazało się, że odsetki usatysfakcjonowanych i nieusatysfakcjonowanych były mniej więcej równe – po 40% respondentów – z minimalną przewagą tych pierwszych<sup>114</sup>. W tym samym badaniu ustalono, że jedna trzecia pacjentów (32%) zetknęła się z sytuacją, w której lekarz wiedział wszystko na temat badań zleczanych pacjentowi i ich wynikach (31% nigdy się z taką sytuacją nie zetknęła). Na skutek trudności, z wizyty u lekarza zrezygnowało 33% ankietowanych, 36% uczyniło tak z powodu braku pieniędzy.

UNUZ podawał, że 47% respondentów potwierdzało trudności w rejestrowaniu się na wizytę u specjalisty, a 71% nigdy lub sporadycznie zetknęło się z możliwością załatwienia takiej wizyty za pośrednictwem lub przy udziale lekarza kierującego<sup>115</sup>. W badaniach CBOS z początku 2000 roku trudności takie dostrzegało tylko 21% odpowiadających (o 7 punktów mniej, niż pół roku wcześniej). W późniejszych badaniach odsetek ten spadł do 10%, ale wśród korzysta-

---

<sup>111</sup> Dane pochodziły z dwóch różnych badań. *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 7–8.

<sup>112</sup> K. Tymowska, *Reforma systemu ochrony zdrowia* [w:] *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa 2001:110–139, s. 135. Wprawdzie w pytaniu znajdowało się sformułowanie „obecnie i dawniej”, ale nie ulega wątpliwości, że chodziło o wpływ reformy.

<sup>113</sup> Jak wyżej, s. 136, przy czym jednostką analizy były tym razem gospodarstwa domowe.

<sup>114</sup> K. Tymowska, *Reforma systemu ochrony zdrowia* [w:] *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa 2001:110–139, s. 137.

<sup>115</sup> Biuletyn UNUZ, nr 1, 4 sierpnia 1999 (strony bez numeracji).

jących pozostał na poziomie 24%<sup>116</sup>. Incydentalne informacje pozwalały także sądzić, że trudności w dostępie dotyczą również świadczeń podstawowych, zwłaszcza poza rutynowym czasem ordynowania lekarzy POZ<sup>117</sup>.

W badaniach firmy Charney Research/BSM z lutego 2000 roku uzyskano bardziej pozytywne opinie<sup>118</sup>. Stwierdzono, że 50% respondentów popierało decyzję o wdrożeniu reformy (35% było odmiennego zdania). Odsetek tych, którzy dostrzegali poprawę jakości świadczeń udzielanych w placówkach niepublicznych przedstawiono w przedziale 88–67%. Przeciętnie poprawę (lub brak pogorszenia) dostrzegało 58%. Brak trudności przy korzystaniu ze świadczeń zadeklarowało 83% osób korzystających (45% respondentów). Zadowolenie z ostatniego kontaktu z niepubliczną służbą zdrowia wyraziło 77% odpowiadających. Pozytywnie oceniano kontakt z publiczną służbą zdrowia 69% respondentów<sup>119</sup>. Jednocześnie jednak 73% respondentów nie była pewna, czy pogotowie przyjedzie do potrzebującego pomocy chorego.

Odmienny obraz społecznych odczuć można przedstawić nie tylko sięgając po nowe wyniki, ale także dokonując reinterpretacji wyników wcześniej dostępnych. W oficjalnym dokumencie przedstawionym przez Pełnomocnika ds. Wprowadzenia PUZ uzyskane w badaniach CBOS odsetki odpowiedzi odniesiono nie do generalnej populacji, ale do zbiorowości faktycznie korzystającej w roku badania ze świadczeń. Po dokonaniu stosownej kalkulacji okazało się, że odsetek niezadowolonych ze skutków reformy w 1999 roku wynosił 24% (było to ok. 4 mln pacjentów), podczas gdy rok wcześniej sięgał 49% (było to ok. 12 mln pacjentów). Proste porównanie liczb pacjentów pozwalało stwierdzić, że liczba krytykujących warunki dostępności w służbie zdrowia zmniejszyła się blisko trzykrotnie. Natomiast odsetek osób napotykających na trudności w uzyskaniu skierowania lub odbycia wizyty u specjalisty wyniósł jedynie 5%, a niemożność zrealizowania tej wizyty potwierdziło zaledwie 3,6%<sup>120</sup>. Z pewnością tego rodzaju manipulacje danymi nie przybliżają nikogo do wiedzy na temat tego, co rzeczywiście zdarzyło się w systemie. Można oczywiście twierdzić, że metodologicznie bardziej poprawne jest opieranie się na opinii osób, które posiadają wiedzę zdobytą z własnego doświadczenia – ich oceny były lepsze, niż ogółu – ale nie zmienia to faktu, że nie jest to wtedy relacja o stanie opinii publicznej. Stanowisko tej ostatniej jest być może niesprawiedliwie kształtowane

---

<sup>116</sup> *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 26, 33.

<sup>117</sup> M. Skilimowska, *W nocy jeden lekarz dla 80 tysięcy pacjentów*, Rzeczpospolita, 22.11.2000.

<sup>118</sup> Wyniki tego badania zostały przedstawione w dwóch źródłach: *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000 r., s. 38 (gdzie użyto nazwy Badania Społeczno-Marketingowe – BSM) oraz Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wdrożenia PUZ (nazwa Charney). Dane w obydwu źródłach nieco się różnią.

<sup>119</sup> Przedstawione w jw. s. VIII/23 oraz XIV/11 Sprawozdania Pełnomocnika; na marginesie można stwierdzić, że jest sprawą kompromitującą, aby w oficjalnym dokumencie tak niedokładnie przytaczać wyniki badań, które mogłyby mieć istotne znaczenie dla interpretacji stopnia powodzenia procesu wdrażania reformy.

<sup>120</sup> Jw. s. XIV/3.

przez media niezycziliwe reformie – lub reformatorom – ale operowanie przeliczonymi wynikami jest postacią mało skutecznej manipulacji. Być może poprawiała ona samopoczucie niektórych liderów reformy, ale nie zmieniała faktu społecznego niezadowolenia, a sama stawała się faktem o negatywnej wymowie. Była to interpretacja tym bardziej mało przekonująca, że nie zawsze fakt osobistego kontaktu respondenta ze służbą zdrowia wpływał na przedstawianie lepszych opinii. Na pytanie zadawane w badaniu CBOS o utrudnienia wynikające z reformy, ich istnienie potwierdziło 48% korzystających, a tylko 36% respondentów należących do ogólnej próby. Generalnie, we wszystkich szczegółowych kategoriach odpowiedzi – poza jedną – osoby korzystające były bardziej krytyczne, choć na ogół różnica ta była niewielka<sup>121</sup>.

Doraźne efekty wdrażania reformy, postrzegane przez pryzmat odbioru społecznego, były zdecydowanie zniechęcające. Dostrzegano mniejsze – a z pewnością nie większe – zasilanie publiczne, trwające konflikty społeczne wewnątrz systemu, wysiłek wdrażania zmiany i przewycięzania wynikającej z niej niepewności, trudniejszego położenia pacjentów (ograniczenie zakresu świadczeń i utrudniona dostępność), gorszych warunków zatrudnienia pracowników służby zdrowia (redukcje i brak wyższych zarobków). Oczywiście, można było twierdzić, że były to koszty wielkiej zmiany, a jej zaniechanie przyniosłoby jeszcze bardziej negatywne następstwa, ale ich wielkość była znacznie większa, niż się spodziewano. Ich dolegliwość była odczuwana, tym bardziej że przed wdrożeniem nikt nie uprzedzał o możliwości ich wystąpienia. Obiecywano poprawę, która nie następowała, a przewidywania osiągnięcia były wspierane na argumentach, które nie budziły zaufania. Wszystko to prowadziło do kompromitacji idei reformy, jako przedsięwzięcia prowadzącego raczej do pogorszenia sytuacji całego sektora, aniżeli do jego naprawy. Interesujące, że w komentarzach dotyczących interpretacji wyników dostrzegano, że samo używanie w pytaniach słowa „reforma” mogło wywoływać u respondentów negatywne skojarzenia.

#### 4.3.8 . *Próba częściowej korekty*

Bardzo złożony i niejednoznaczny charakter miała zmiana przepisów ustawowych przyjęta w kolejnej nowelizacji w lipcu 2001 roku<sup>122</sup>. Wprowadzono wtedy w życie wiele postulatów zgłaszanych zarówno przez krytyków wdrażanej reformy, jak i przez jej zwolenników, dążących do poprawienia stosowanych mechanizmów. Przede wszystkim jako jedną z naczelných zasad ubezpieczeń wprowadzono zasadę gwarancji państwa. Nowelizacja ta była przywróceniem obowiązywania zasady wprowadzonej we wczesnej wersji ustawy o PUZ<sup>123</sup>.

<sup>121</sup> *Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia...*, s. 22, 28.

<sup>122</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 2001 o zmianie ustawy o PUZ, Dz.U., nr 88, poz. 961.

<sup>123</sup> M. Iżycka-Rączka, *Kierunki nowelizacji ustawy, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych*, 5(50), 2001.

Jednak późniejsza zmiana, wprowadzona w lipcu 1998 roku w ramach wprowadzania do reformy koncepcji AWS doprowadziła do jej usunięcia. Wydawało się bowiem, że zreformowana opieka zdrowotna, oparta na ubezpieczeniowym systemie finansowania, nie potrzebuje takich zabezpieczeń. Rzeczywistość okazała się zupełnie inna i Sejm przegłosował przywrócenie przepisu o gwarancjach, mimo że byli to ci sami parlamentarzyści, którzy wcześniej głosowali za ich usunięciem. Można twierdzić, że ta zmiana miała znaczenie symboliczne i była równoznaczna z rezygnacją z przewagi ideologicznego – a nie pragmatycznego – podejścia do realizowania reformy zdrowotnej. Jednak nie wszyscy byliby skłonni zgadzać się z taką interpretacją. W odredakcyjnym komentarzu Biuletynu Kas Chorych stwierdzono:

„Taki zapis nie jest jasny. W całej ustawie nie ma jego rozwinięcia. Brakuje gwarancji instytucjonalnych. Przyjęty zapis praktycznie nie ma żadnego znaczenia”<sup>124</sup>.

Jest to reakcja o tyle zaskakująca, że przepis o gwarancjach został dopisany do listy ogólnych zasad, od których nie wymaga się szczególnej precyzji, co zresztą jest widoczne w innych sformułowaniach zawartych w tym samym przepisie. Krytyka przepisu o gwarancjach nawiązuje więc chyba wprost do argumentacji ideologicznej, zgodnie z którą socjalne funkcje państwa powinny być redukowane.

Zaakceptowano wiele ułatwień dla pacjentów. Zasada swobodnego wyboru została rozszerzona tak, aby możliwe było wybieranie także innych świadczeniodawców. Usunięto kilka oczywistych niedogodności w dostępie do świadczeń<sup>125</sup>. Zlikwidowano kilka formalnych barier dostępności (m.in. uzupełniono niechlubny brak ubezpieczenia dla dzieci nieubezpieczonych rodziców oraz częściowo wprowadzono uprawnienia dla bezdomnych – tych, którzy wychodzili z bezdomności). Zniesiono wymóg wielokrotnego uzyskiwania skierowania do specjalisty i realistycznie uznano możliwość stałego przejęcia leczenia przez specjalistę. Umożliwiono korzystanie z porad niektórych specjalistów bez skierowania (świadczenia okulistyczne). Wprowadzono obowiązek zawierania umów i finansowania z zakresu badań profilaktycznych i promocji zdrowia u dzieci i młodzieży do 18. roku życia, prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej u kobiet w ciąży, prowadzenia badań z zakresu medycyny sportowej u młodzieży do 21. roku życia, uprawiającej sport amatorski. Dzięki temu umożliwiono wypełnienie luki, która powstawała przy zawieraniu umów przez niektóre kasy. Zobowiązano ministra do ustalenia zakresu badań diagnostycznych realizowanych przy udzielaniu świadczeń POZ i opieki specjalistycznej, co tworzyło możliwości ujednolicania praktyki różnych kas i różnych świadczeniodawców. Uznano uprawnienia lekarzy niebędących lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego do wystawiania skierowań umożliwiających hospitalizację w ramach świadczeń ubezpieczeniowych, co ułatwiało możliwości korzystania, bez konieczności powtarzania medycznie zbędnych wizyt.

---

<sup>124</sup> *Zmiany w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Biuletyn Kas Chorych, 10(40), 2001.

<sup>125</sup> A. Pędzierski, *Nowe regulacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 12(57), 2001.

Jednocześnie uznano konieczność rozstrzygnięcia kilku problemów organizacyjnych, które nie były bezpośrednio odczuwane przez pacjentów, ale które istotnie wpływały na sprawność funkcjonowania systemu. W grupie tych spraw ustalono, kto powinien przygotowywać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki, kiedy stało się jasne, że przygotowywanie takiego dokumentu przez samorządy jest nierealne. Ustalono zatem, że plan powinien być sporządzany przez wojewodę. Potwierdzono możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń z praktykami grupowymi, wobec czego wcześniej istniały różnorodne wątpliwości. Wzmocniono kontrolę nad bezpłatnymi receptami. Przyjęto zasadę jawności wyników przeprowadzonych konkursów ofert, łącznie z protokołami z prowadzenia konkursów. Została otwarta możliwość łączenia kas chorych, co miało umożliwić bardziej racjonalne gospodarowanie pieniędzmi. Bardzo duże znaczenie miało zobowiązanie ministra zdrowia do utworzenia centralnej bazy osób ubezpieczonych, z której dane mogłyby być wykorzystywane do potwierdzania i weryfikacji uprawnień, kontroli kar ubezpieczenia, ustalania podstaw wykorzystywanych w formule wyrównania finansowego. W ten sposób tworzono zaplecze informacyjne, które mogło być wykorzystywane do wyraźnej poprawy jakości zarządzania systemem. Wiele niedogodności, także tych odczuwanych przez pacjentów, jak kłopoty z potwierdzeniem faktu posiadania uprawnień, mogłyby być łatwo wyeliminowanych, gdyby system taki został wcześniej wprowadzony w życie.

W ramach lipcowej noweli przyjęto jeszcze dwie zmiany, których potencjalne następstwa mogły być bardzo duże. Pierwszą była decyzja o likwidacji UNUZ z dniem 1 stycznia 2003 roku i przekazanie jego kompetencji Państwowemu Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń. Po wcześniejszej decyzji o zniesieniu Krajowego Związku Kas Chorych było to kolejne posunięcie zmierzające do drastycznego ograniczenia możliwości kontroli i koordynacji systemu zdrowotnego. Dawni liderzy reformy byli przeciwni takiemu rozwojowi wydarzeń, będąc bowiem w pełni świadomi – doświadczenie reformatorskie dostarczyło przekonujących argumentów – jak istotna dla rozwoju systemu i jego efektywności jest możliwość realizacji tych funkcji. Jednak Parlament, chyba pod wpływem populistycznego podejścia do problemów zarządzania oraz finansowania i zarazem w poszukiwaniu popularności – pod hasłem likwidacji biurokracji – przesądził sprawę. Interesujące skądinąd, że opinie dawnych liderów okazały się mało skuteczne, co mogło poświadczać tezę o dekompozycji całego układu politycznego<sup>126</sup>.

Drugim dwuznacznym rozstrzygnięciem była decyzja o sukcesywnym podwyższaniu składki ubezpieczenia zdrowotnego o 0,25% rocznie, aż do osiągnięcia poziomu 9%. Warto podkreślić, że był to poziom ciągle niższy, niż akceptowany wcześniej, zarówno przez AWS, jak i SLD, więc z politycznego punktu widzenia – poszukiwanie popularności przed wyborami – był to postulat atrakcyjny i od dawna podnoszony<sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdro-



Sądzę, że większość posłów zasiadających w lipcu 2001 roku w parlamencie zdawała sobie sprawę – sondaże jednoznacznie potwierdzały taką perspektywę – że ich kariera poselska już się kończy, wobec tego niezbyt troszczyli się o makroekonomiczne skutki podejmowanej decyzji. Mogli też zakładać, że podwyższenie składki z pewnością służbie zdrowia nie zaszkodzi, nawet jeśli możliwości poprawy pozostawałyby ograniczone. Z drugiej strony, skład parlamentu był wówczas taki, że niemal nikomu nie zależało na naprawianiu reformy jednoznacznie przypisywanej AWS. Wszystkie pozostałe partie (SLD, PSL, UW), także te powstające na gruzach AWS (PO, PiS), były zainteresowane w wykazaniu jej wad. Ułatwiało to pozyskiwanie większości dla różnych likwidatorskich pomysłów. To w takich warunkach zapadały rozstrzygnięcia o ogromnym ciężarze gatunkowym dla polskiego sektora zdrowotnego.

\* \* \*

Zmiana wprowadzona w życie 1 stycznia 1999 roku wieńczyła szereg innych wprowadzonych wcześniej – regulację dotyczącą swobody gospodarowania z 1988 roku, przepisy o izbach zawodów medycznych i regulacje określające zasady ich wykonywania, liczne normy organizacyjne (w tym o ZOZ), a także wiele rozstrzygnięć dotyczących struktur administracji publicznej. Jednocześnie miała stanowić punkt wyjścia do reform nadchodzących w następnych latach, bądź to wynikających z procesów adaptacyjnych, bądź wprowadzanych jako korekty przez liderów dostrzegających własne błędy. Punktem wyjścia mogła być idea wewnętrznego rynku, która mogła zacząć pełnić rolę czynnika porządkującego zachowania uczestników systemu. Mimo całego nieprzygotowania i chaosu, jaki nastąpił w wyniku złego wdrożenia, szansa taka istniała także wtedy, gdy zniecierpliwiona opinia publiczna domagała się nowych, radykalnych posunięć.

---

wotnym, Warszawa 2000; wskazano tam przedział określający właściwy poziom składki – między 8,74% a 8,98%.

## Rozdział 5

# REFORMA W LATACH 2001–2002

Po wygranych wyborach parlamentarnych, w rządzie koalicji SLD-UP-PSL, kierowanym przez Leszka Millera, stanowisko ministra do spraw zdrowia objął Mariusz Łapiński. Wprawdzie nie należał do grupy najbardziej znanych polityków koalicji, kojarzonych z polityką zdrowotną, ale – podobnie jak cała ekipa rządowa – korzystał z kredytu zaufania wielu osób, które spodziewały się lepszego stylu zarządzania sektorem, niż ten prezentowany przez poprzedników. Przede wszystkim oczekiwano udzielenia odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu kontynuowane będzie wdrażanie koncepcji przedstawianych przez poprzedników – i z której fazy reformy – a w jakim zakresie dojdzie do zerwania z przeszłością i zostaną podjęte nowe inicjatywy. Powszechna krytyka poprzedniej reformy, widoczna także w toku kampanii wyborczej dawała z pewnością polityczne i psychologiczne podstawy do głębokiej rewizji. Ze względu na napiętą sytuację w sektorze zdrowotnym można się było jednak spodziewać działań ostrożnych, takich przede wszystkim, które nie prowadziłyby do postępującej destabilizacji systemu. Tymczasem władze resortu – przynajmniej częściowo odmiennie, niż w innych sektorach – opowiedziały się za zmianami radykalnymi, co znajdowało wyraz nie tylko w treści przedstawianych propozycji, lecz również w stosowanej retoryce. Za zły stan rzeczy oskarżono autorów poprzedniej reformy i za podstawowe narzędzie naprawy uznano zerwanie z przeszłością – likwidację kas chorych i powołanie do życia Narodowego Funduszu Zdrowia. Według tej logiki układały się strategiczne działania resortu – którym towarzyszyły spory z wieloma środowiskami wewnątrz sektora – co doprowadziło do sukcesu w postaci uchwalenia i podpisania ustawy o funduszu. Autor tej idei został jednak odwołany ze stanowiska – ze względu na przekroczenie uprawnień – i stanowisko ministra (w styczniu 2003 roku) objął Marek Balicki.

## 5.1. Nowe dziedzictwo

### 5.1.1. Fakty

Chociaż powszechnie uznawanym, dalekosiężnym celem reform zdrowotnych jest poprawa stanu zdrowia populacji – nawet, kiedy nie jest on *explicit*e formułowany i nie jest faktycznym motywem skłaniającym decydentów do wdrożenia zmian – to podejmując problem efektów reform, trudno jest nie powoływać się na stan zdrowia. Wprawdzie jest faktem, że w okresie transformacji większość wskaźników zdrowotnych w Polsce ulegała poprawie – co wcale nie było regułą w krajach Europy Środkowej i Wschodniej – to jednak nie ma żadnych podstaw, aby przypisywać to zmianom w organizacji i finansowaniu opieki. Nie można potraktować ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – mimo jej znaczenia w przekształcaniu systemu – jako siły sprawczej tych zmian i na pewno nie można ich przypisać temu, co zostało wprowadzone w życie w 1999 roku. Takie postawienie sprawy wcale nie musi wynikać z krytycznego nastawienia wobec reformy, ale przede wszystkim ze sceptycyzmu co do siły relacji przyczynowych kształtujących stan zdrowia, a także z czasu, w jakim wprowadzane były zmiany, zbyt krótkiego, by można było orzekać o wystąpieniu przyczyn i skutków. W konsekwencji, pisząc o efektach reformy, wnioski i oceny można formułować w odniesieniu do występujących szybko zmian w organizacji i finansowaniu, strukturze i częstotliwości korzystania, spostrzeżeń i opinii wyrażanych przez uczestników funkcjonowania sektora zdrowotnego. Postępowanie takie jest ograniczone dwoma warunkami. Po pierwsze, dostępem do danych. Przy słabości systemów statystycznych i sprawozdawczych często brakuje podstaw do budowania twierdzeń – zwłaszcza bardziej uogólnionych – znajdujących wystarczające oparcie w faktach. W dyskusjach o reformie zdarzało się już zresztą niejednokrotnie, że różnice opinii wynikały wprost z faktu odwoływania się do różnych ustaleń empirycznych. Drugi warunek dotyczy niezbędnego dla prowadzenia rzetelnych analiz dystansu czasowego wobec zachodzących przemian. Nie tylko dlatego, że wraz z upływem czasu przybywa informacji, ale także dlatego, że interpretacja przyczyn i skutków zależy niejednokrotnie od kontekstu, w jakim zachodzą, kontekstu, który dostarcza koniecznych punktów odniesienia. Może się na przykład wydawać, że jakaś propozycja reformatorska stanowi szczyt absurdu, a za jakiś czas zgłoszona zostaje propozycja jeszcze bardziej absurdalna, co skłania do traktowania tej pierwszej z pewną pobłażliwością.

### 5.1.2. Zasoby

Publiczne wydatki na zdrowie są niskie i na przestrzeni lat zmniejszały się, natomiast wydatki gospodarstw domowych rosły, jednak bardziej precyzyjna ocena tych zjawisk – ze względu na brak pełniejszych danych – nie jest możli-

wa<sup>1</sup>. W najpełniejszym, dostępnym opracowaniu zostały zgromadzone dane dotyczące tych zagadnień, które przedstawione są w poniższej tabeli.

Tabela 6

## Wydatki zdrowotne

Rodzaj wydatków	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Wydatki z budżetu jako % PKB	4,80	4,94	4,58	4,52	4,29	4,34	4,03	3,81	1,03	0,63
Wydatki samorządów jako % PKB	0,39	0,40	0,39	0,62	0,49	0,50	0,53	0,53	0,33	0,39
Wydatki ubezpieczeniowe jako % PKB									3,68	3,46
Wydatki publiczne jako % PKB	4,97	5,06	4,69	4,65	4,39	4,73	4,43	4,22	4,42	4,13
Wydatki prywatne jako % PKB	-	-	1,61	1,67	1,46	1,51	1,60	1,73	1,79	1,80
Wydatki ogółem jako % PKB	4,97	5,06	6,30	6,32	5,85	6,24	6,02	5,95	6,21	5,94

Źródło: D. Kawiorska, *Narodowe rachunki zdrowia*, maszynopis, 2003, s. 23.

Istnieją podstawy, aby przypuszczać, że przynajmniej jakaś część wydatków pochodzących z kieszeni pacjentów nie została w tym zestawieniu uwzględniona. Wiadomo, że jeśli badania są nastawione na uchwycenie opłat nieformalnych, ich wysokość może okazać się wyższa, ponieważ w spontanicznych odpowiedziach respondenci nie są skłonni do ich ujawniania<sup>2</sup>. Istnieją dostępne wyniki innych badań, które mogą być wykorzystane do doszacowania prywatnych wydatków obciążających pacjentów<sup>3</sup>. Można odnotować niepokojący wzrost wydatków w niektórych kategoriach: wydatki kas chorych na leki wzrosły z 16,38% w 1999 do 19,62% w 2001 roku<sup>4</sup>. Jednocześnie następował niepokojący spadek wydatków na POZ z 15,59% w 1999 roku do 12,86% w 2001 roku w ogólnej puli wydatków. Natomiast istnieje wiele racji powodujących wzrost wydatków

<sup>1</sup> Według oficjalnych danych udział publicznych wydatków zdrowotnych w PKB zmniejszył się z 4,63% w 1999 r. do 4,55% w 2001, ale ta pierwsza wielkość oznaczała wzrost z 4,19%, a ta druga z poziomu 4,20% (*Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, s. 51, 54). S. Golinowska szacowała wydatki w 1998 roku na 4,6% – całkowite 6,4% (*Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Raporty CASE, Warszawa 2002, s. 19).

<sup>2</sup> I. Błaszczak-Przybicinska and others, *Monitoring Household Living Conditions in Poland, 1995–1996*, Report Synthesis, Institute of Public Affairs, Warsaw, May 1998.

<sup>3</sup> K. Tymowska, *Reforma systemu ochrony zdrowia* [w:] *Diagnoza społeczna 2000. Warunki i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*, pod redakcją J. Czapinskiego i T. Panka, Warszawa 2001:110–139.

<sup>4</sup> *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia* (1999, 2001), s. 51, 54.

prywatnych: nowe produkty ubezpieczeniowe<sup>5</sup> oraz pojawienie się atrakcyjnych prywatnych świadczeniodawców<sup>6</sup>.

Informacje na temat zmian w strukturze własnościowej świadczeniodawców są przedstawione w tabeli.

Tabela 7

## Instytucje opieki ambulatoryjnej

Forma opieki	1990	1998	1999	2000	2001
publiczne	9912	7367	5979	4717	3751
niepubliczne		428	1074	2274	4260
spółdzielnie	305	141	135	122	
praktyki*		770	2509	5080	6419
praktyki specjalistyczne*			336	1116	2366
praktyki**				30400 i 10600	31000 i 9700

\* lekarskie i stomatologiczna, mające kontrakt z kasą

\*\*lekarskie i stomatologiczna, bez kontraktu z kasą

Źródła: *Podstawowe dane o ochronie zdrowia*; 2000, s. 4–5, 2001, s. 3–4, 2002, s. 4; Rocznik statystyczny GUS 2001, s. 265, 2002, s. 268.

W wyniku bodźców wprowadzonych przez reformę liczba zakładów świadczących usługi ambulatoryjne wzrosła nieznacznie, ale przede wszystkim zasadniczo zmieniła się ich struktura. O ile początkowo zakłady niepubliczne stanowiły niewielką tylko część świadczeniodawców, to pod koniec omawianego okresu ich liczebność przekroczyła liczbę zakładów publicznych.

Bardzo szybko zwiększała się liczba praktyk. W tabeli – jak wynika z wyjaśnienia zawartego w wykorzystywanym opracowaniu – przedstawione są liczby dotyczące praktyk, które podpisały umowy z kasami chorych. Ich liczba sięgnęła blisko 6,5 tys. Oprócz nich „działały jeszcze prywatne praktyki lekarskie i stomatologiczne, funkcjonujące wyłącznie w oparciu o środki niepubliczne”<sup>7</sup>. Pod koniec 2001 roku było 31 tys. takich praktyk lekarskich i 9,7 tys. praktyk stomatologicznych. Uwzględnienie tej informacji pozwala dostrzec ogrom przemian, które nastąpiły w strukturach opieki ambulatoryjnej systemu zdrowotnego.

Jednym z zadań stawianych przed reformą było zmniejszenie – restrukturyzacja – bazy szpitalnej, zgodnie zresztą z tendencjami występującymi w większości krajów świata. W efekcie liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 1000 mieszkańców zmniejszyła się z 5,31 w 1998 roku do 4,87 w 2001 roku.

<sup>5</sup> M. Szczepańska, *Nowy produkt – ubezpieczenie zdrowotne*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 3(60), 2002.

<sup>6</sup> Na przykład Medicover. Ogólne warunki członkostwa Medicover Sp. z o.o., [www.medicover.com.pl](http://www.medicover.com.pl).

<sup>7</sup> Rocznik statystyczny GUS 2002, s. 268.

Tabela 8

## Szpitale

podporządkowanie	1998	1999	2000	2001
MZ liczba	635	59	62	18
łóżka	191796	24988	26061	4856
województwa – liczba		223	222	218
łóżka		75520	71812	70276
powiaty – liczba		395	318	385
łóżka		93041	87206	85423
gminy – liczba		17	21	28
łóżka	8355	4085	4299	5321
prywatne – liczba	13	16	30	45
łóżka	508	446	1574	2476

Źródło: *Podstawowe dane...*, 1998, s. 26, 27, 1999, s. 20, 2000, s. 19, 2001, s. 21.

Zmiany w strukturze łóżek szpitalnych były mniej radykalne. Przede wszystkim zmniejszyła się liczba szpitali i łóżek nadzorowanych bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia. W niewielkim stopniu zmniejszył się stan posiadania samorządów wojewódzkich i powiatowych, które pozostawały największą grupą właścicieli infrastruktury szpitalnej. Nieco zwiększyła się liczba szpitali prowadzonych przez gminy, wbrew hipotezom, których autorzy twierdzili, że ten szczebel samorządu będzie dążyć do zmniejszania swojego angażowania się w wydatki na utrzymywanie bazy leczenia stacjonarnego. Zgodnie z ogólną tendencją prywatyzacyjną, zwiększył się stan posiadania prywatnych właścicieli, ale jego wielkość nadal jest marginesowa<sup>8</sup>.

Prócz wyraźnych zmian w opiece ambulatoryjnej bardzo istotne zmiany nastąpiły w strukturze aptek. Podkreślić jednak należy, że wynikały one z rozstrzygnięć wprowadzonych już w 1988 roku, a nie z inicjatyw traktowanych jako reforma. W 1998 roku było 7484 aptek, z tego 93% prywatnych. W 1999 roku liczba aptek wyniosła 7875 – 93% prywatnych. W 2001 roku czynnych było 9014 aptek, z tego 94% aptek prywatnych.

Można przypuszczać, że znaczna część zmian została spowodowana programami restrukturyzacyjnymi, o których była mowa w poprzednim rozdziale<sup>9</sup>. Nie sądzę, żeby ocena udziału poszczególnych sił sprawczych, które przyczyniły się do zmian była możliwa, ale nie ulega wątpliwości, że po trzech latach reformy struktura instytucji sektora zdrowotnego była zasadniczo odmienna.

<sup>8</sup> Należy zwrócić uwagę na rozbieżne liczby dotyczące prywatnych szpitali podawane w różnych źródłach. W Raporcie z działań Ministerstwa Zdrowia w latach 1997–2001, Warszawa 2001 była podana liczba 69, według rejestru wojewodów szpitali takich było 96 (za: A. Domagała, praca doktorska, Aneks).

<sup>9</sup> Odmienna opinia została wyrażona w Raporcie NIK, por.: K. Czarniecka, *Uzupełnienie do publikacji związanych z raportem NIK-u o programie restrukturyzacji w ochronie zdrowia*, Zdrowie i Zarządzanie, 4(3–4), 2002.

### 5.1.3. Korzystanie

Liczba porad lekarskich i stomatologicznych wynosiła w 1998 roku 6,3 wizyt na mieszkańca, wprowadzenie reformy doprowadziło do obniżenia tego wskaźnika do wartości 6,0, w latach następnych nastąpił wzrost do poziomu 6,1. W 1998 roku w szpitalach ogólnych hospitalizowano 13,8% ludności kraju. W roku następnym nastąpił wzrost do poziomu 14,7%, a w 2001 roku hospitalizowano 16,3% ludności. Skracany był natomiast czas pobytu w szpitalach ogólnych od 10,1 dnia w 1998 roku, do 9,3 dnia w 1999 roku, aż do 8 dni w 2001 roku. Niektóre dane na temat korzystania są przedstawione w tabelach.

Tabela 9

Porady lekarskie (miliony)

	porady POZ	porady specjalistyczne
1998	127,9	76,6
1999	138,0	65,3
2000	137,2	68,3
2001	133,7	73,3

Źródło: *Podstawowe dane...*, 1999, 2001, 2002, s. 6–7

Wprowadzenie reformy wyraźnie zwiększyło liczbę porad lekarskich udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Towarzyszyło temu dramatyczne zmniejszenie się liczby udzielonych świadczeń specjalistycznych. Sygnalizowane w badaniach opinii przekonanie o powstaniu barier w dostępie do opieki specjalistycznej znalazło potwierdzenie w faktach. W 1998 roku odsetek porad udzielonych w POZ wynosił 61% ogółu porad. Rok później wzrósł do poziomu 66,8%. Rozpoczął się wówczas również wzrost liczby hospitalizacji, które – przynajmniej częściowo – służyły rekompensowaniu nieprodukowanych świadczeń specjalistycznych. Jednocześnie zmniejszenie się liczby osobodni hospitalizacji świadczy o tym, że przyjmowano do szpitali większą liczbę pacjentów, ale na krótszy czas, zmniejszając efektywność wykorzystywania łóżek, mimo zwiększonej rotacji. W latach późniejszych liczba świadczeń w POZ zaczęła się nieco zmniejszać, ale nadal pozostawała na poziomie wyższym, niż miało to miejsce przed reformą. Liczba świadczeń specjalistycznych zaczęła wzrastać, ale do końca 2001 roku nie osiągnęła poziomu sprzed reformy. W tej sytuacji procentowy udział porad POZ obniżył się do poziomu 65,7% w 2000 roku i 63,5 w 2001. Jednocześnie nadal konsekwentnie wzrastała liczba hospitalizacji.

Tabela 10

Miejsce udzielania porad POZ (miliony)

	1999	2000	2001
zakład publiczny	105,6	78,4	61,7
zakład niepubliczny	13,7	39,4	61,4
praktyka	6,9	8,9	10,6

Źródło: *Podstawowe dane...*, 1999, 2001, 2002, s. 10, 15, 19

Zmiana struktury opieki podstawowej prowadziła do zmiany proporcji między różnymi producentami świadczeń. Początkowo słaba pozycja świadczeniodawców niepublicznych ulegała stałemu wzmocnieniu, co doprowadziło do uzyskania przez nich liczbowej przewagi, kiedy zaczęli dostarczać ponad połowę usług. Wśród niepublicznych świadczeniodawców coraz silniejsza stawała się pozycja zakładów, mimo że praktyki również udzielały coraz więcej świadczeń.

Tabela 11

Miejsce udzielania porad specjalistycznych (miliony)

	1999	2000	2001
zakład publiczny	54,1	50,9	49,3
zakład niepubliczny	3,1	8,4	20,1
praktyka	0,9	1,9	3,8

Źródło: *Podstawowe dane...*, 1999, 2001, 2002, s. 11–14, 19, Rocznik GUS 2000, 2001, 2002, s. 268

W strukturze świadczeń specjalistycznych ogólna tendencja była podobna, ale proces wolniejszy. Świadczeniodawcy publiczni w znacznym stopniu zachowali swoją pozycję, ale dynamicznie rozwijała się produkcja dostarczana przed świadczeniodawców niepublicznych. W 2001 roku 45,4% porad ambulatoryjnych i finansowanych ze środków publicznych zostało udzielonych przez niepublicznych świadczeniodawców. Pamiętać przy tym należy o usługach produkowanych przez praktyki niewspółpracujące z kasami chorych – w 2001 roku udzielili ponad 12 mln świadczeń lekarskich (należących do różnych poziomów opieki). Wydatki na te świadczenia zostały poniesione przez samych pacjentów.

#### 5.1.4. *Opinie*

W całym okresie reformowania, problemem pozostawał stosunek opinii publicznej do wprowadzanych zmian. Był niezmiennie negatywny, chociaż niektórzy obserwatorzy zgłaszali rezerwę wobec zbyt uproszczonych interpretacji uzyskiwanych w badaniach wyników, traktując je bardziej jako artefakty, aniżeli



odzwierciedlenie poglądów. Dane na ten temat w nowej fazie reformowania są przedstawione poniżej.

Tabela 12

Zadowolenie z opieki zdrowotnej (w %)

	IX 2002	XII 2002
zdecydowanie zadowolony	2	3
raczej zadowolony	25	23
ani zadowolony, ani niezadowolony	24	23
raczej niezadowolony	27	29
zdecydowanie niezadowolony	19	18

Źródło: *Polacy, Czesi, Węgrzy i Rosjanie o opiece zdrowotnej w swoich krajach*, CBOS, Warszawa, styczeń 2003.

W badaniach przeprowadzonych we wrześniu 2002 roku ustalono, że w ogólnych ocenach działania opieki zdrowotnej 46% odpowiadających deklaruje niezadowolenie – z tego 19% zdecydowanie niezadowolonych – a 27% zadowolenie (2% zdecydowanie zadowolonych). W pytaniach dotyczących zadowolenia z jakości świadczeń, zadowolonych było 40%, a niezadowolonych 47%. W pytaniach, w których koncentrowano się na publicznej służbie zdrowia odsetek opinii negatywnych wzrastał do 56%, a opinie pozytywne wyrażało 35%<sup>10</sup>. Badanie przeprowadzone w grudniu tego samego roku potwierdziło ustabilizowanie się poglądów na poziomie blisko połowy głosów negatywnych i mniej więcej jednej czwartej głosów negatywnych<sup>11</sup>.

Mimo że były to wyniki mało zadowalające, to badający – przewyżając utrudniania w porównywaniu tych wyników z wcześniejszymi, czego przyczyną był inny sposób formułowania pytań – dostrzegali wyraźną poprawę nastrojów, co polegało na przyroście zadowolonych o 11 punktów i redukcji odsetka niezadowolonych o 16 punktów<sup>12</sup>. Tak więc, chociaż większość społeczeństwa nadal bardzo krytycznie odnosiła się do sytuacji w sektorze zdrowotnym, to jednak przesunięcia nastrojów nie wytwarzały dodatkowej presji do wprowadzenia nowych rozwiązań na bardzo dużą skalę.

Wyniki badań podpowiadały, jakie zmiany były przez społeczeństwo oczekiwane. W marcu 2002 roku aż 78% respondentów uznało za słuszną – 50% za zdecydowanie słuszną – decyzję o zniesieniu opłat za nieuzasadnione wezwanie pogotowia<sup>13</sup>. Natomiast pomysł likwidacji kas chorych został przyjęty ze znacznie większą rezerwą. Wprawdzie największy odsetek respondentów – 30% – spodziewał się usprawnienia funkcjonowania służby zdrowia w wyniku tej reor-

<sup>10</sup> *Zadowolenie z opieki zdrowotnej*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, październik 2002.

<sup>11</sup> *Polacy, Czesi, Węgrzy i Rosjanie o opiece zdrowotnej w swoich krajach*, CBOS, Warszawa, styczeń 2003.

<sup>12</sup> W nowych badaniach pytania dotyczyły zadowolenia i były zadawane bez odnoszenia się do reformy, aby uniknąć negatywnych skojarzeń reformy.

<sup>13</sup> *Zmiany w systemie opieki zdrowotnej*. Komunikat CBOS, [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl)

ganizacji, to 29% respondentów twierdziło, że nie wywoła to widocznych zmian. Jedna czwarta nie miała na ten temat zdania, podczas gdy 16% obawiało się pogorszenia sytuacji. Na pytanie, czy likwidacja kas chorych będzie korzystna dla administracji i pracowników służby zdrowia 27% odpowiedziało pozytywnie, ale 36% nie miało w tej sprawie zdania. 29% odpowiadających spodziewało się korzystnych zmian dla pacjentów, ale 32% nie wyrażało swojego zdania. W stosunku do zgłaszanych w tamtym czasie projektów obciążenia instytucji zajmujących się ubezpieczeniami komunikacyjnymi obowiązkiem finansowania leczenia ofiar wypadków, 46% miało zdanie negatywne, a 35% pozytywne. W badaniu przeprowadzonym w kwietniu 2002 roku 69% odpowiadających zadeklarowało poparcie dla przynajmniej częściowej refundacji środków antykoncepcyjnych, a 34% wypowiedziało się za ich pełną bezpłatnością<sup>14</sup>. Największe poparcie dla zniesienia bariery cenowej dotyczyło pigułek antykoncepcyjnych (67%). Podniesienie składki na ubezpieczenie zdrowotne o część nierekompensowaną przez odpis od podatku w listopadzie 2002 roku zostało negatywnie ocenione przez 53% respondentów, z tego 27% uważało, że jest to decyzja zdecydowanie niesłuszna<sup>15</sup>. Tylko 33% poparło decyzję, z tego zaledwie 6% uważało, że było to rozwiązanie zdecydowanie słuszne.

## 5.2. Diagnozy

Twierdzę, że największe błędy zostały popełnione w pierwszej fazie zmian, kiedy przygotowywano koncepcję i podejmowano wdrażanie. Później, z upływem czasu błędy były korygowane, bądź to drogą spontanicznych procesów adaptacyjnych zachodzących na szczeblach wykonawczych, bądź poprzez zmianę orientacji i inicjatywy podejmowane w ośrodkach kierowniczych. Powstawała więc szansa, że wzmacniane będą te cechy, które stanowiły mocną stronę wdrażanej koncepcji. Za najważniejsze uznałbym powołanie do życia odpowiedzialnych za pełnienie roli racjonalnego płatnika oraz istnienie i stosowanie na poziomie makro zasady gromadzenia i podziału środków na opiekę zdrowotną – przynajmniej środków publicznych. Wiadomo było, że środki każdej kasy pochodzą ze składek zebranych od jej członków, a stawiana do dyspozycji kwota będzie skorygowana przez działanie mechanizmu wyrównawczego. Mogły zdarzać się techniczne błędy w stosowaniu tych reguł (spierano się o liczby osób ubezpieczonych), ale one same – jako podstawa spornych decyzji o przydziale środków dla poszczególnych województw – nie były przedmiotem sporu. Kasy zyskały też ważnego sojusznika – lekarzy rodzinnych (POZ) dysponujących budżetem, którzy (mimo błędów popełnionych w tworzeniu tej konstrukcji) godzili rolę świadczeniodawcy i dysponenta

<sup>14</sup> *Odpłatność za środki antykoncepcyjne*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, maj 2002.

<sup>15</sup> *Opinie o podniesieniu składki na ubezpieczenie zdrowotne*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, styczeń 2003.

środków finansowych. Okazało się, że mogą oni stać się ważnym uczestnikiem decyzji o racjonalnej alokacji zasobów, akceptowanym przez pacjentów, mniej przez szpitale i specjalistów, gdzie dostrzegano naruszenie tradycyjnej hierarchii prestiżu i wpływów. Oczywiście, pozostawały inne kwestie sporne, wynikające głównie z politycznych przetargów oraz z osłabienia lub zaniechania funkcji regulacyjnych, jak sprawa finansowania inwestycji, wielkość i zasady używania środków pozostających w gestii ministerstwa – liczba i źródła finansowania procedur wysokospecjalistycznych – i sprawy te powinny być dalej przedmiotem uwagi. Pozostawała też kwestia zasad kalkulowania opłat za świadczenia; praktycznie ten problem nie był zadowalająco rozwiązany, ale wyrażana była jasno zdefiniowana potrzeba zbudowania odpowiednich procedur. Można twierdzić, że w świadomości decydentów dojrzała idea odtworzenia takich mechanizmów, czego przejawem były niektóre przynajmniej decyzje podjęte przez parlament w lipcu 2001 roku. Zdaniem autorów reformy, także naszych respondentów, wprowadzone zmiany, niezależnie od błędów i niekonsekwencji, położyły podwaliny pod przyszłą naprawę systemu<sup>16</sup>.

Odnosić także należy zmiany w strukturze świadczeniodawców, usamodzielnienie zakładów publicznych, powstawanie zakładów niepublicznych i praktyk, istotnie zwiększony udział świadczeń produkowanych poza sektorem publicznym w ogólnym wolumenie świadczeń. Również pojawiły się pewne przejawy działania mechanizmu konkurencji między świadczeniodawcami. Jestem jednak przeciwny przypisywaniu tym zmianom jednoznacznie pozytywnego lub negatywnego znaczenia. Nie ma bowiem dobrych doświadczeń z ideologicznym traktowaniem formy organizacyjnej czy formy własności zasobów, służących wytwarzaniu usług zdrowotnych, albo lansowania postulatu zwiększania obecności rynku w sektorze zdrowotnym. Obydwie te grupy spraw powinny być oceniane w kategoriach instrumentalnych – z uznaniem, jeśli przyczyniają się do osiągania nadrzędnych celów systemu zdrowotnego, z dystansem, jeśli roli takiej nie mogą pełnić. Przy tym zbiorze danych, które są mi dostępne, ocena skutków prywatyzacji lub urynkowienia jest zdecydowanie przedwczesna. Zarówno opisy sukcesów prywatyzacji, jak i liczne przypadki patologii, zwłaszcza tych powstających na styku sektora publicznego i prywatnego<sup>17</sup>, traktuję jako nie dość reprezentatywne dla sformułowania tezy ogólnych.

### **5.2.1. Rozmyta odpowiedzialność**

W opracowaniu zawierającym najpełniejszą, z dotychczas opublikowanych, diagnozę sytuacji sektora zdrowotnego po reformie St. Golinowska na pierwszym miejscu wśród negatywnych zjawisk umieściła ograniczoną sterowność

---

<sup>16</sup> L. Komołowski, *Huczne zapowiedzi bez spełnienia*, Rzeczpospolita, 13.01.2002.

<sup>17</sup> Informacja o wynikach kontroli udostępnienia przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej składników majątkowych podmiotom niepublicznym, (187/2000/P/99/DZK), Warszawa, grudzień 2000.

systemu<sup>18</sup>. Przejawiało się to, z jednej strony, w ograniczonych możliwościach pełnienia ról koordynacyjnych, a z drugiej, w słabej pozycji samorządów terytorialnych. Nie ma wątpliwości, że to trafne spostrzeżenie, ale warto zauważyć, że teza o „niedostatecznej (utraconej) sterowności” może nieść bardzo różne treści. W jakiejś mierze ograniczenie funkcji regulacyjnych, zwłaszcza realizowanych na szczeblu centralnym było efektem zamierzonym. Głoszone już od dłuższego czasu hasło „mniej państwa”, które historycznie było wezwaniem politycznym z okresu sprzeciwu wobec praktyk realnego socjalizmu, a później zostało przejęte przez środowiska liberalne, stało się nie do końca jasno wyrażonym dążeniem liderów reformy zdrowotnej. Trwanie przy tym hasle niosło stały postulat zrywania z przeszłością, kiedy państwo pełniło rolę opresyjną, i odejście od niej zawierało ideę ograniczenia jego zadań i funkcji. Z tego punktu widzenia ograniczanie sterowności było efektem zamierzonym, nie tyle może ze względów pragmatycznych, co z uwagi na cele politycznej wierności sformułowanym kiedyś programom. Jednocześnie jednak wiele decyzji zmniejszających sterowność i koordynację w systemie było podejmowanych w okolicznościach noszących wszelkie znamiona przypadkowości, kiedy likwidowano różne instytucje, mało troszcząc się o to, kto przejmie ich zadania. Chwilami trudno było uwierzyć, że autorzy pomysłów likwidacyjnych nie zdawali sobie sprawy z destrukcyjnych następstw ich propozycji.

Na sprawę sterowności systemu zdrowotnego można spojrzeć także od strony właściwego – z punktu widzenia efektywności – zdefiniowania uprawnień władczych i zarządczych. Zwykle bowiem przyjmuje się, zwłaszcza w naukach o zarządzaniu, że dla systemów organizacyjnych można wyznaczać odpowiednią formułę koncentrowania i rozpraszania uprawnień decyzyjnych, czy mówiąc inaczej, budowania mniej lub bardziej scentralizowanych systemów. Przy bliższym wejrzeniu okazuje się jednak, że w odniesieniu do sektora zdrowotnego pytanie o właściwy stopień centralizacji/decentralizacji bardziej zależy od dziedzicznej tradycji, specyficznej dla danego kraju, aniżeli od pieczołowicie sprawdzanej efektywności poszczególnych mechanizmów. Na narodową tradycję nakłada się zwykle obowiązujący w danym czasie pogląd na zalety i wady centralizacji/decentralizacji, który doprowadza do modyfikacji zastanego układu uprawnień. Poważne traktowanie reguł demokratycznych sprzyja zwykle tendencjom decentralizacyjnym, podobnie jak wiara w efektywność mechanizmów rynkowych. Nie ma tu jednak bezwyjątkowych związków, zwolennicy demokracji i rynku mogą dążyć do centralizacji ze względów czysto pragmatycznych, choć u liderów polskiej reformy współwystępowanie tych cech zdawało się występować.

Specyficznym skutkiem wdrożonej reformy stało się zjawisko, które w analizach działań reformatorskich i ich skutków określano już terminem „odpowiedzialności rozmytej”. Chodziło o ustalanie zakresów odpowiedzialności i wzajemnych relacji głównych podmiotów uczestniczących w systemie: państwa,

---

<sup>18</sup> *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002, s. 281 i n.

płatnika, świadczeniodawców, samorządów terytorialnych, także pacjentów. Zjawisko to miało wyraźnie dwa różne aspekty. Po pierwsze, chodziło o wycofywanie się państwa z różnych zobowiązań w dziedzinie organizowania i finansowania opieki zdrowotnej, a niekiedy nawet aktywnego udziału w ochronie zdrowia. W niektórych tylko przypadkach dochodziło do jawnej, a czasem demonstracyjnej rezygnacji państwa z odpowiedzialności za dostęp obywateli do świadczeń, jak to miało miejsce w powołanej wyżej nowelizacji ustawy o PUZ, która doprowadziła do cofnięcia gwarancji państwa wobec kas chorych. Na ogół zmiany tego rodzaju wprowadzano pod hasłem zwiększającej efektywność decentralizacji decyzji. Rozwiązań tego rodzaju było bardzo dużo, a w pewnym sensie cała reforma była podporządkowana tego rodzaju idei. Przekazanie środków finansowych kasom chorych uwalniało budżet od wydatków na bieżące świadczenia. Jeśli występowało niedofinansowanie, to już nie państwo, ale kasy były traktowane jako podmioty odpowiedzialne za zły stan rzeczy. Gdyby udało utrzymać się zasadę, że środki kas chorych nie są pieniędzmi publicznymi, brak angażowania się podmiotów politycznych byłby jeszcze wyraźniejszy. Przekazanie uprawnień właścicielskich samorządom terytorialnym zwalniał również Skarb Państwa z odpowiedzialności za utrzymanie ogromnej części bazy szpitalnej. Przyjęcie zasady, że za długi likwidowanego zakładu odpowiadał jego organ założycielski było uzupełnieniem tego dążenia. Z kolei wprowadzenie koncepcji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej było próbą uwolnienia organu administracji samorządowej z części jego odpowiedzialności i przerzucenia jej na zakład. Te same dążenia były obecne w niektórych projektach przygotowywanych w drugiej fazie procesu reformatorskiego. Idee prywatyzacji, czy sugerowane zasady budowania struktur świadczeniodawców (przedsiębiorstwa i spółki), mogły pełnić tę samą funkcję. Nie twierdzę, że ich twórcy nie mieli na uwadze poprawy efektywności sektora zdrowotnego. Z pewnością dążenie do większej produktywności zasobów było jedną z najistotniejszych przesłanek działania. Jednak efektywność można stymulować przy różnych rozkładach odpowiedzialności wśród zaangażowanych podmiotów, albo – mówiąc inaczej – w różny sposób obciążając różne grupy kosztami naprawy. Z tego punktu widzenia wycofywanie się państwa przerzucało koszty na słabszych partnerów – na pacjentów oraz słabsze grupy wewnątrz sektora zdrowotnego. Decentralizacja odpowiedzialności prowadziła *de facto* do pozbywania się odpowiedzialności przez administrację rządową poprzez przerzucenie jej na innych, co z formalnego punktu widzenia budziło poważne zastrzeżenia.

Nie mniej ważne było to, że transfer odpowiedzialności nie został zaakceptowany w świadomości społecznej. Uczestnicy systemu, pacjenci i pracownicy służby zdrowia, nie przyjęli do wiadomości, a w każdym razie nie zaakceptowali zmian, które nastąpiły w formalnym rozkładzie kompetencji. Ministerstwo Zdrowia nadal było traktowane jako główny adresat skarg i postulatów dotyczących działania sektora. Osoby niezadowolone nie godziły się z twierdzeniem, że może istnieć inny adresat, w myśl przepisów bardziej kompetentny, do prowadzenia i rozstrzygania sprawy. Kiedy narastał konflikt płacowy związany z wy-

płatą trzynastych pensji za 1998 rok, Ministerstwo Zdrowia nie było w stanie podjąć żadnych skutecznych działań, które mogłyby doprowadzić do rozwiązania nabrzmiałych konfliktów. Było to tym bardziej kłopotliwe, że w myśl akceptowanych reguł sprawiedliwości pracownicy mieli prawo do otrzymania tego dodatkowego wynagrodzenia. To, że pracodawcy, którzy byli następcami prawnymi świadczeniodawców aktywnych w 1998 roku nie otrzymali na to środków – z powodu przyjętego przez kasy chorych sposobu naliczenia wartości kontraktów na 1999 rok – w żadnym stopniu nie powinno obciążać pracowników. Powstanie takiej realnej groźby było uderzającym przykładem sytuacji, w której potężny podmiot publiczny – władza – usiłowała przerzucić finansowe skutki własnego błędu na słabszych partnerów. Przedstawiciele ministerstwa twierdzili, że to nie jest ich sprawa i z czysto formalnego punktu widzenia mieli rację: zgodnie z modelowymi rozwiązaniami nowego systemu sprawy ustalania wielkości wynagrodzenia i jego wypłacania zostały przekazane na pracodawców – na zakłady opieki zdrowotnej. Te jednak nie miały na to środków, co było pewnym faktem powszechnie potwierdzanym. Faktowi temu przeczyli jednak liderzy reformy<sup>19</sup>. Ich zdaniem, problem nie polegał na nieprzekazaniu środków – były zawarte w kwotach objętych umowami – ale na możliwości ich jednorazowego wypłacenia w postaci trzynastej pensji. Problem polegał bowiem na tym, że świadczeniodawcy (zakłady) otrzymywały miesięczne zaliczki (raty) na poczet kwoty należnej w ciągu roku i w racie tej znajdowała się część pieniędzy potrzebnych na nagrodę. Zgodnie z taką interpretacją wypłata trzynastki mogła nastąpić dopiero po roku – wówczas w sposób bezproblemowy – poprzez zgromadzenie całej należnej sumy. Gdyby natomiast zdarzyło się, że – wyjątkowo – potrzebna kwota nie była uwzględniona w kontrakcie, należało uzupełnić brak przez podpisanie aneksu.

Ani pracownicy, ani świadczeniodawcy nie dali się przekonać takiej argumentacji. Ci pierwsi – przede wszystkim pielęgniarki – przystąpiły do długotrwałej i uciążliwej akcji protestacyjnej i strajkowej<sup>20</sup>. Postulaty objęły także podwyżkę wynagrodzenia. Pracodawcy nie widzieli powodów, aby ponosić odpowiedzialność za nie swoje zobowiązania. Tymczasem było jasne, że zmiana sposobu dysponowania pieniędzmi, ale także zreformowany układ kompetencji, pozbawił ministerstwo możliwości interweniowania w tej sprawie<sup>21</sup>. Sprawa ciągnęła się dalej. Przedmiotem rozmów stała się możliwość objęcia pracowników ustawą o kształtowaniu wzrostu wynagrodzeń. Rozpoznawał ją Trybunał Konstytucyjny. Sąd Najwyższy orzekł, że pracownicy zakładów przejętych przez samodzielne publiczne zakłady przed wejściem w życie przepisów o wypłacie dodatkowego wynagrodzenia zachowali prawo do nagrody z zakładowego funduszu nagród<sup>22</sup>. Kiedy sprawa została rozstrzygnięta w formie ustawy

---

<sup>19</sup> *Mówi Anna Knysock – pełnomocnik rządu ds. wprowadzenia PUZ*, Biuletyn Kas Chorych 9, 1999.

<sup>20</sup> M. Solecka, B. Torański, *Głodówka na znak solidarności*, Rzeczpospolita, 28.11.2000.

<sup>21</sup> *Skąd pieniądze na wynagrodzenia*, Rzeczpospolita, 30.11.2000.

<sup>22</sup> Biuletyn Kas Chorych (16 maja 2001), 7(37), 2001.

i należności zostały uznane, powrócił stary problem: jak przekazać środki finansowe do samodzielnych zakładów, jeśli taki rodzaj zasilania zakładu nie jest wymieniony jako źródło jego przychodów. Po raz kolejny okazało się, że formalny przydział kompetencji nie przewidywał takiego rozwiązania: samodzielne zakłady protestowały przeciw ingerencji w ich uprawnienia dotyczące zarządzania finansowego. Sprawa oparła się o Trybunał Konstytucyjny, który orzekł, że ustawa była zgodna z konstytucją, nakazał wypłatę wynagrodzeń i orzekł współodpowiedzialność systemu finansów publicznych za jego wykonanie<sup>23</sup>. W ocenie wielu dyrektorów takie rozstrzygnięcie – wobec niemożliwości wyegzekwowania współodpowiedzialności budżetu – musiało prowadzić do pogorszenia sytuacji finansowej zakładów, głównie poprzez wzrost zadłużenia.

Przykład powołanego konfliktu ilustruje także drugi aspekt rozmywanej odpowiedzialności. Chodziło o kłopoty z precyzyjnym ustaleniem granic odpowiedzialności poszczególnych podmiotów. Bywało, że zakresy odpowiedzialności ponoszonej przez jednego partnera nachodziły na zakresy odpowiedzialności drugiego, ale częściej pewne terytoria zadań pozostały poza zobowiązaniami któregośkolwiek z partnerów. W konsekwencji nie było jasne, kto powinien ponosić ostateczną odpowiedzialność za niektóre aspekty aktywności w sektorze zdrowotnym, albo wręcz odpowiedzialność ta nie była przypisana nikomu. Kiedy trwał konflikt o trzynastą pensję stało się jasne, że zreformowany układ kompetencji pozbawił ministerstwo możliwości interweniowania w tej sprawie<sup>24</sup>. Jednocześnie adresat przeniesionej odpowiedzialności nie został zdefiniowany dostatecznie precyzyjnie: reguły reformy nie przewidywały, w jaki sposób samodzielny zakład miał wywiązać się ze zobowiązań przejętych niedobrowolnie – wypłata wynagrodzenia wynikała z ogólnych przepisów prawa pracy – i w sytuacji, w której nie otrzymywał na to pieniędzy. Dodatkowo proefektywnościowa logika reformy zmuszała zakład do bardzo oszczędnych zachowań i nie można było oczekiwać, że chętnie przeznaczy posiadane środki na cel o charakterze bardziej socjalnym, niż efektywnościowym. Paradoksalność sytuacji ujawniła się w pełni, kiedy Sąd Najwyższy potwierdził prawa pracowników do otrzymania wynagrodzenia. Teraz skutki rozmytej – niezdefiniowanej – odpowiedzialności były w pełni widoczne, dostarczając przekonujących argumentów przeciwnikom reformy.

Warto podkreślić, że to nie samo ograniczanie roli państwa stało się przyczyną problemów i rozmywania się odpowiedzialności za zdrowie. Można oczywiście twierdzić, że to bardzo słaba technika legislacyjna przyczyniła się do trudności. Gdyby przepisy były pisane bardziej precyzyjnie wielu luk można by uniknąć, a gdyby proces przygotowywania prawa był lepiej zorganizowany, zamiana gorszych przepisów na lepsze mogłaby następować szybciej. Jednak – jak sądzę – podstawowe źródło kłopotów tkwiło przede wszystkim w braku jasno wyartykułowanych celów procesu reformatorskiego, a zamiast tego operowano

---

<sup>23</sup> J. Kowalski, M. Solecka, *Podwyżki dla pielęgniarek są zgodne z konstytucją*, Rzeczpospolita, 19.12.2002.

<sup>24</sup> *Skąd pieniądze na wynagrodzenia*, Rzeczpospolita, 30.11.2000.

dość ogólnikowymi hasłami–zasadami. Gdyby te cele były wyraźnie ustalone, w większym stopniu można by liczyć na samodzielność i umiejętności adaptacyjne poszczególnych partnerów, czego oczekiwali liderzy reformy. Przy zaawansowanej decentralizacji, podejmując decyzje, nie byłiby zmuszeni do oczekiwania na szczegółowe ustalenia płynące z centrali. Pozbawieni kierunkowych celów, często podejmowali decyzje błędne, kosztowne i mało zgodne z kierunkiem, który okazywał się priorytetowy. W oczekiwaniach liderów obecne też było przecenianie możliwości partnerów, którym miały być powierzone nowe zakresy odpowiedzialności. Dotyczyło to zwłaszcza samorządów terytorialnych, które zanim mogły podjąć się pełnienia roli organów właścicielskich – która to rola została zdefiniowana bardzo nieprecyzyjnie – musiały najpierw podjąć trud zorganizowania własnej działalności. Nowe zadania mogą być realizowane, jeśli dostępne są środki – prawnie ustalone kompetencje, wiedza i umiejętności, narzędzia działania oraz zasoby: finansowe, rzeczowe i ludzkie. W pierwszych fazach reformy z pewnością nie zadbano o dostęp do jakiegokolwiek postaci tych środków. Autorzy reformy, przywiązani do idei samoregulującego się systemu zlekceważyli problem pomocy i wsparcia, które powinno być udzielone słabym, często dopiero powstającym jednostkom. Źródło kłopotów polegało też na wysoce niejasnych lub nieustalonych regułach gry, które nie układały się w logicznie spójną sieć norm. Jeśli normy szczegółowe są niezgodne z deklarowanymi zasadami nadrzędnymi – choćby chodziło tylko o okres przejściowy – to trudno się dziwić, że prowadziło to do chaosu motywacyjnego i organizacyjnego.

Rozmycie odpowiedzialności niosło za sobą jeszcze jeden trudny problem. W nowym kształcie wzajemnych zobowiązań i relacji niejasne pozostawały oczekiwania kierowane pod adresem pacjentów, czy szerzej – społeczeństwa. Mimo że nikt nie odwoływał formułowanych wcześniej postulatów dotyczących promocji zdrowia i brania odpowiedzialności za własne zdrowie w swoje ręce, to jednak w natłoku zmian organizacyjnych i finansowych tamte sprawy zeszły na bardzo daleki plan. Promocja zdrowia była wymieniana wśród zadań różnych instytucji – samorządów, kas chorych, świadczeniodawców – ale struktura bodźców wynikająca z umów lub z innych sposobów przekazywania pieniędzy zostawiała mało miejsca na zajmowanie się tą sferą działalności. Cała reforma narzucała krótkoterminową perspektywę i efekty zdrowotne dostrzegane po latach musiały przegrywać z doraźnie rozliczanymi działaniami. Nie tylko jednak logika organizacyjna utrudniała definiowanie odpowiedzialności społeczeństwa wokół koncepcji promocji zdrowia. Ta ostatnia, jeśli ma pełnić swoją rolę, musi opierać się na mobilizowaniu własnej aktywności ludzi, to w ich świadomości muszą ujawniać się pierwotne siły motywacyjne. Działania instytucji mogą je ukierunkować i wzmocnić, ale pierwotne impulsy muszą być – przynajmniej potencjalnie – obecne w psychice ludzi. Nic w mechanizmach reformatorskich nie sprzyjało wzmocnianiu aktywnych postaw wobec zdrowia. Pomijając kłopotliwą nazwę kas chorych, cała niemal aktywność nowego systemu obracała się wokół załatwiania świadczeń naprawczych, niekiedy tylko kierując się także ku profilaktyce. Jeżeli ludzie podejmowali aktywności z zakresu promocji zdrowia, to



czynili to niezależnie od systemu, niekiedy wbrew tworzonemu przez niego bodźcom. W praktyce natomiast system traktował pacjentów – znowu w związku z dostarczaniem świadczeń naprawczych – wyłącznie instrumentalnie, jako osoby nabywające świadczenia, co było formą transakcji albo na jawnym publicznym rynku (realizacja umowy między kasą i świadczeniodawcą), albo na jawnym rynku prywatnym (w prywatnej służbie zdrowia), albo szarej lub czarnej strefie (w publicznym sektorze, ale za prywatne pieniądze). Ponieważ zakres świadczeń faktycznie gwarantowanych jako bezpłatne nigdy nie został określony – nie chodzi tutaj o ogólne deklaracje, z których w specyficznych sytuacjach mogło nic nie wynikać – położenie pacjenta, także treść i wielkość jego finansowej odpowiedzialności pozostawały niedookreślone. Rozmycie tych granic miało równie destrukcyjne następstwa, jak w stosunku do pozostałych podmiotów.

### **5.2.2. Problem niedofinansowania**

Jednym z problemów, których rozwiązania reforma nie przybliżyła, pozostało niedofinansowanie systemu publicznego – jako fakt ekonomiczny, ale także jako fakt psychologiczny i polityczny.

Niezależnie od trudności z ustaleniem kryteriów niedofinansowania faktem pozostaje, że z punktu widzenia zarówno zapotrzebowania systemu na środki, jak i oczekiwań jego uczestników, pieniędzy jest za mało. W powszechnej świadomości pacjentów, świadczeniodawców, opinii publicznej powstało przekonanie, że system nie jest w stanie zapewnić pozyskiwania i przekazywania środków we właściwych wymiarach. Uporczywość występowania tego zjawiska i powszechne przypisywanie mu sprawstwa większości trudności występujących w opiece zdrowotnej sprawia, że jego znaczenie wykracza poza sprawy sektora zdrowotnego i staje się problemem politycznym. Takie właśnie okoliczności leży u podstaw najpierw postulatów zwiększania składki ubezpieczenia zdrowotnego, a potem decyzji o jej zwiększaniu<sup>25</sup>.

Utrzymująca się niezdolność państwa do finansowania systemu zdrowotnego na poziomie zbliżonym do oczekiwań stanowi wyzwanie dla legitymizacji państwa i jego systemu. Z jednej strony chodzi o świadczenia uzyskiwane przez pacjentów (ich subiektywne oceny są decydujące dla poziomu akceptacji lub odrzucenia), a z drugiej o morale pracowników systemu. W obydwu tych aspektach sytuacja jest bardzo zła. Ocena stanu systemu w opinii publicznej utrzymuje się na poziomie krytycznym, a wśród pracowników można zasadnie mówić o kryzysie zaufania, którego przekonujący dowód stanowią powtarzające się regularnie akcje protestacyjne różnych grup pracowników. To jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla reformowanego systemu.

Podkreślimy przy tym, że jako źródło kryzysu nie jest traktowana wielkość ogólnych środków przeznaczanych przez społeczeństwo na ochronę zdrowia –

---

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 24 listopada 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2002 r., nr 200, poz. 1689.

ta wielkość właściwie nie bywa przedmiotem zainteresowania dyskutujących o problemie – a jedynie wielkość środków przekazywanych kanałem jawnego publicznego finansowania. Powtarzane ustawicznie postulaty zwiększania wydatków dotyczą tej właśnie kategorii, a sprawa wielkości strumienia prywatnego zostaje przemilczana. Z punktu widzenia skuteczności prowadzenia sporu, takie stawianie sprawy jest słuszne. O ile wielkość ogólnych nakładów pozostaje na poziomie racjonalnym, biorąc pod uwagę wielkość PKB, o tyle wielkość nakładów publicznych pozostaje poniżej takiego poziomu<sup>26</sup>. Jednak jego zwiększenie może odbywać się wyłącznie za cenę zmniejszania nakładów prywatnych, o czym zwolennicy podwyższania składki permanentnie zapominają, a czego oczekuje także opinia publiczna<sup>27</sup>. Problemy stają się tym trudniejsze, że dla opinii publicznej i wielu pracowników ochrony zdrowia, kryteria ustalania wydatków priorytetowych pozostają niejasne. Niejednokrotnie pieniądze są przeznaczane na procedury bardzo efektowne, ale ich pożytek w pozajednostkowej skali jest niewspółmiernie mały, w porównaniu z korzyściami, które można by osiągnąć przy innym ukierunkowaniu wydatków. Niestety, nie ma wcale pewności, że opinia publiczna wykazałaby zrozumienie dla formułowania jawnych priorytetów, zwłaszcza kiedy miałyby to oznaczać utrudnienia w dostępie do świadczeń, co jest widoczne w powszechnej niechęci do konieczności uzyskiwania skierowań do lekarzy specjalistów, które stanowią zarazem formę kontroli dostępu. Prawdopodobnie, w dłuższej perspektywie budowanie priorytetów prowadziło do uzdrowienia sytuacji, ale pod warunkiem przestrzegania – także emocjonalnego – ustalonych zasad. Faktyczne tolerowanie w systemie publicznym nieformalnych opłat wyostrza braki finansowania publicznego i prowadzi do kryzysu legitymizacji systemu zdrowotnego, a pośrednio także systemu politycznego.

Trudności w akceptowaniu priorytetów można określić jako wykształcanie się wybiórczej świadomości kosztów. Generalnie można stwierdzić – i zgadzali się z tym także krytycy reformy – że wzrosła ona znacząco, w wyniku czego pojawiło się przekonanie, że przepływy pieniędzy są jednym z naturalnych procesów zachodzących w związku z produkcją świadczeń zdrowotnych i zaspokajaniem potrzeb. Sprawa równowagi finansowej, niegdyś postrzegana jako problem wstydlivy, po dotychczasowych doświadczeniach reformatorskich zaczęła być traktowana z dużą otwartością. Jednak zgoda na dostrzeganie problemu równowagi nie oznaczała zgody na konieczność przestrzegania zasad równoważenia środków i zakresów działania. Wielu aktorów sektora zdrowotnego, po stronie świadczeniodawców, a także wśród polityków, nadal miało trudności z uznaniem wagi koniecznych ograniczeń finansowych, hołdując staremu przekonaniu, że na świadczenia zdrowotne pieniądze „muszą się znaleźć”. Narzędzia kontro-

---

<sup>26</sup> Przez racjonalną wielkość nakładów rozumiem taki udział wydatków zdrowotnych w PKB, który jest typowy dla danej jego wielkości (zgodnie z hipotezą, że wzrasta on wraz ze wzrostem PKB, co nazywano niekiedy żelaznym prawem alokacji).

<sup>27</sup> Dlatego wprowadzenie nierekompensowanej podwyżki składki zostało uznane za bezzasadne i niesprawiedliwe.

lowania wolumenu świadczeń, takie jak limity finansowe lub rzeczowe, były powszechnie traktowane jako przejaw złej woli płatnika, a nie jako narzędzie racjonalizacji zarządzania<sup>28</sup>. Ofiarą takiego podejścia stawały się kasy chorych, obwiniane o utrudnianie działania świadczeniodawców. Twierdzę, że to ten przejaw działania kas, nieuchronnie związany z ich rolą płatnika, przyczynił się do ich powszechnej krytyki i odrzucenia, a wszystkie inne względy – arogancja, ostentacyjny wystrój – odegrały rolę co najwyżej drugorzędną.

### **5.2.3. Szara i czarna strefa**

Nieprzewidywanym problemem pozostaje istnienie szarej i czarnej strefy, a więc pobierania w systemie publicznym różnych nieformalnych opłat. Ich istnienie nie ulega wątpliwości, chociaż wiedza o wielkości i zakresie jest bardzo daleka od pewności, łatwo stając się obiektem mistyfikacji i tworzenia stereotypów. Pozostając na poziomie chłodnej analizy można stwierdzić, że strumień środków finansowych dopływający do systemu zdrowotnego (do jego instytucji lub świadczeniodawców) spełnia dwie podstawowe funkcje. Po pierwsze, zasilać system, umożliwia jego funkcjonowanie („wprawianie w ruch”), poprzez utrzymywanie infrastruktury i pokrywanie wydatków osobowych. Po drugie, stanowi układ bodźców, które informują wielu uczestników systemu (głównie świadczeniodawców), jakie zachowania są od nich oczekiwane. W reformowanym systemie ta druga rola była bardzo istotna, w czym zasadniczą rolę odgrywała struktura przekazywanych środków finansowych (za co płacił płatnik), i co było także środkiem przebudowy systemu.

Zasadne jest twierdzenie, że im większy udział szarej (czarnej) strefy w strumieniu finansowania systemu, tym mniejsza sterowność tego systemu. Oficjalnie stosowane bodźce są bowiem zbyt słabe – bezwzględnie lub proporcjonalnie – aby wywoływać zmiany zachowań. Brak przejrzystości przepływów finansowych jest więc nie tylko zaprzeczeniem zasady transparentności działania systemu zdrowotnego, ale istotną barierą utrudniającą, a niekiedy uniemożliwiającą, realizację celów reformy związanych z efektywnością gospodarowania zasobami. Szara strefa jest więc wrogiem efektywności nie dlatego, że dzięki niej płyną do systemu dodatkowe pieniądze (z tego powodu wolumen świadczeń może być większy), ale dlatego, że płyną w sposób niekontrolowany i zwiększony dzięki nim stan posiadania systemu nie jest wykorzystywany do poprawy efektywności jego funkcjonowania. Dodatkowy produkt jest uzyskiwany nieproporcjonalnie dużym kosztem, z punktu widzenia nakładów publicznych (bo w indywidualnej perspektywie nakłady mogą być bardzo małe).

Szara (czarna) strefa jest zagrożeniem nie tylko prakseologicznym. Niebezpieczeństwa z nią związane wkraczają w dziedzinę ładu moralnego, ponieważ

---

<sup>28</sup> Uderzającym przykładem takiej postawy stało się działanie Centrum Zdrowia Dziecka, które demonstracyjnie deklarowało gotowość podejmowania działań, niezależnie od posiadanego pokrycia finansowego.

zacierą się granica między zasadnym przekazywaniem środków a korupcją<sup>29</sup>. Jest to wyraźne w przypadkach, w których podjęcie działań przez pracowników publicznych zakładów jest uzależnione od wpłacenia przez pacjenta stosownej kwoty. Może to dotyczyć przyjęcia do szpitala, podjęcia badań diagnostycznych, wykonania zabiegu operacyjnego, udostępnienia niezbędnych środków medycznych. Wszystkie te działania są podejmowane i wykonywane w publicznych placówkach, z użyciem sprzętu będącego publiczną własnością, a także – z reguły – w czasie pracy opłaconym z publicznych środków. W związku z tym są objęte zakresem świadczeń należnych ubezpieczonemu, które powinien uzyskać bez ponoszenia dodatkowych opłat. Jednak brak wpłaty faktycznie uniemożliwia ich uzyskanie. Pieniądze otrzymane za działania realizowane w takich okolicznościach stanowią osobisty dochód pracowników służby zdrowia, nieujawniany i niepodlegający opodatkowaniu. W pewnych sytuacjach, na niektórych oddziałach poszczególnych szpitali istnieją nieformalne cenniki określające wysokość stosowanych stawek i informacja o ich wysokości jest przekazywana przez pacjentów, bywa że z inspiracji personelu medycznego. Czasami ich wysokość jest przedmiotem indywidualnych negocjacji, a lekarze dostosowują wysokość stawek do sytuacji materialnej pacjenta (znam przypadek, w którym stosowano ulgi dla pracowników służby zdrowia). Bezprawność i moralna naganność tego rodzaju praktyk jest oczywista, staje się też nierzadko przedmiotem oficjalnie wyrażanego potępienia, tak ze strony przedstawicieli środowiska medycznego, jak i pacjentów czy opinii publicznej. Mimo to jednak, w opinii publicznej są traktowane jako zjawiska nagminne i w związku z tym służba zdrowia jest postrzegana jako środowisko skorumpowane. Zdaniem niektórych, zakres tych opłat jest tak duży, że zjawiska nie można wyeliminować, także dlatego, że jest okryte złą milczeniem. Niekiedy omawiane formy opłat są traktowane jako niepoddające się moralnym ocenom ze względu na techniczną rolę, jaką pełnią, umożliwiając uzyskanie świadczenia, które w innych warunkach nie byłoby wytworzone. Niekiedy podejmowane są próby minimalizowania zakresu wymuszeń, poprzez traktowanie nieformalnych prywatnych opłat jako efektu spontanicznie wyrażanej zgody pacjentów. Sprawy te stanowią niezwykle trudny splot czynników finansowych, politycznych, organizacyjnych i etycznych. Z pewnością dla przedstawicieli wielu środowisk są niezwykle kłopotliwe. Jednak niepodjęcie dyskusji na ten temat (opinia publiczna traktuje to jako sensację, a środowiska medyczne jako zamach na swoje dobre imię) przynosi coraz więcej strat, podkopując moralny porządek, na którym musi być budowane działanie sektora zdrowotnego<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> S. Golinowska, *Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawiać, ale gdzie i jak?*, *Zdrowie i Zarządzanie*, 4(5), 2002:91–105; por. także wystąpienia na seminarium „Problemy etyczne w służbie zdrowia” organizowanym przez Fundację im. Stefana Batorego, 23.10.2001.

<sup>30</sup> W protokole kontroli NIK znalazła się informacja, że planowane przez Izbę badanie zakresu udzielania odpłatnych świadczeń w zakładach publicznych zostało – z inicjatywy środowisk medycznych – zastopowane przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Informacja

## 5.3. Działania

Aktywność nowej ekipy reformatorskiej była bardzo energiczna i skoncentrowana na wyraźnie widocznym celu: dążeniu do wzmacniania pozycji ministerstwa, także za cenę osłabiania pozycji innych partnerów. Można było odnieść wrażenie, że jest to cel na tyle ważny, że usprawiedliwia nie zawsze dość skrupulatne przestrzeganie norm prawnych.

### 5.3.1. Współpraca z dy rektorami kas

Minister bardzo wcześniej potwierdził plany likwidacji kas chorych, ale jednocześnie zadeklarował gotowość współpracy z nimi dla dobra pacjentów<sup>31</sup>. Gotowość ta nie obejmowała jednak współpracy z dyrektorami kas, którzy zostali wybrani przez prawicowe sejmiki. Jednym z najwcześniejszych przejawów selektywnego podejścia do partnerów były próby bezpośredniego odwołania dyrektora jednej z kas chorych. Polegało to na tym – a świadkami byli widzowie publicznej telewizji – że minister ogłosił dymisję dyrektora, nie mając formalnych uprawnień do podjęcia takiej decyzji. Oficjalnie przedstawionym powodem był zarzut działań bezprawnych, polegający na uruchomieniu komputerowego systemu ewidencyjnego, a także na nadmiernych wydatkach administracyjnych i lokowaniu pieniędzy w banku<sup>32</sup>. Jednak w tonie krytycznych argumentów pojawiała się nuta skrywana i zaskakująca: Śląska Kasa Chorych działała lepiej niż inne, dostarczała przykładu, że w zreformowanym systemie pojawiały się enklawy sprawności i to było głównym powodem zarzutów. Próby zmierzające do odwołania dyrektora były ponawiane, także przy wykorzystywaniu ustawowych narzędzi kontroli – poprzez aktywność UNUZ oraz inicjowanie działań prawnych – doniesienie do prokuratury o przestępstwie – i poprzez naciski na radę kasy<sup>33</sup>. Wielokrotnie rozważano możliwość powołania nadzoru komisarycznego<sup>34</sup>. Próby te, mimo dużej intensywności, nie dały rezultatu – chociaż zdarzało się, że rada kasy odwoływała dyrektora, a następnie wybierała go powtórnie<sup>35</sup>. Zarzuty stawiane przez UNUZ zostały ocenione przez Naczelny Sąd Administracyjny, który uznał ich bepodstawność i przyznał rację Śląskiej Kasie Chorych<sup>36</sup>. NSA wskazał także możliwości innych działań, które mógł podjąć UNUZ, uznający niewłaściwość podejmowanych przez kasę decyzji. Podobnie NSA orzekł w przypadku kilku innych dyrektorów, których chciano po-

---

o wynikach kontroli udostępnienia przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej składników majątkowych podmiotom niepublicznym, (187/2000/P/99/DZK), Warszawa, grudzień 2000, s. 6.

<sup>31</sup> M. Solecka, *Kasy patrzą w przyszłość*, Rzeczpospolita, 19.11.2001.

<sup>32</sup> M. Solecka, *Nie pasuje do układu*, Rzeczpospolita, 08.12.2001.

<sup>33</sup> *Zmiany w kasach*, Rzeczpospolita, 04.12.2001.

<sup>34</sup> M. Solecka, *Dymisja albo komisarz*, Rzeczpospolita, 22.11.2001.

<sup>35</sup> *Dyrektor Śląskiej Kasy odwołany*, Rzeczpospolita, 20.02.2002.

<sup>36</sup> J. Kowalski, *Dyrektor Sośnierz zostaje*, Rzeczpospolita, 15.05.2002.

zbawić funkcji<sup>37</sup>. Dyrektor został ostatecznie odwołany dopiero po nowelizacji ustawy o PUZ, kiedy rada kasy, działając w zmienionym składzie – powzięła oczekiwaną przez ministra decyzję<sup>38</sup>. Wśród pracowników systemu pojawiały się wówczas sugestie, że doprowadzenie do takiego finału – także inni dyrektorzy wybrani przez obce ministrowi układy polityczne w sejmikach samorządowych zostali odwołani – było istotną racją przeprowadzenia nowelizacji. Jednak nawet po odwołaniu nadal nękano byłego dyrektora, wykazując błędy popełnione przy komputeryzacji systemu informacyjnego<sup>39</sup>.

Na marginesie warto dodać, że formalną podstawą wystąpień UNUZ, które zakończyły się postępowaniem przed NSA było oparcie decyzji dyrektorów na rozporządzeniu w sprawie kart ubezpieczenia zdrowotnego. Zmieniona została ustawa, na podstawie której rozporządzenie wydano, ale żaden nowy przepis regulujący te kwestie nie został wprowadzony, co było częścią chaosu wokół RUM, o którym pisałem w poprzednim rozdziale. Jeśli jednak przepis nie został wydany, to ten fakt obciąża podmiot zobowiązany – w tym przypadku ministra zdrowia. Tymczasem za zaniechanie ministra próbowano obciążyć dyrektorów kas. Bardzo to specyficzny sposób interpretowania pojęcia odpowiedzialności za system.

### 5.3.2. Wyrównanie finansowe

Przedmiotem długotrwałego sporu były zmiany wprowadzone w wartościach wskaźników uwzględnianych w algorytmie wyrównania finansowego. Jednym z najważniejszych była liczba osób ubezpieczonych. UNUZ przeliczył te wielkości i na ich podstawie przeliczone zostały także wielkości kwot, które bogatsze kasy miały przekazać biedniejszym. Największe straty miała ponieść kasa, której liczba ubezpieczonych została pomniejszona przez UNUZ o 200 tys.<sup>40</sup>. Kalkulacja ta budziła wątpliwości, chodziło bowiem o kasę, która miała najsprawniejszy system komputerowego rejestrowania danych i celowe zawyżanie danych było w jej przypadku niesłychanie trudne. Jednak zmiany były prowadzone w atmosferze wyrównywania krzywd wyrządzonych najbiedniejszym, co nadawało akcji szczególnego posmaku. Dążenie do sprawiedliwości było tak silne, że zdecydowano, iż nowe wskaźniki będą wykorzystane także do korekty środków wydatkowanych w roku poprzednim<sup>41</sup>. Bardzo negatywnym efektem tej sprawy było podsycanie konfliktu między kasami, bo oczywiście kasy, które mogły skorzystać na nowych przeliczeniach – a była ich większość, bo nadwyżki stwierdzono tylko w czterech kasach – były zainteresowane doprowadzeniem sprawy do końca<sup>42</sup>. Konflikt ten był tym ostrzejszy, że decyzje o przekazywaniu

<sup>37</sup> D. Frey, *Dyrektorzy kas chorych zostają*, Rzeczpospolita, 06.06.2002.

<sup>38</sup> *Andrzej Sośnierz już nie kieruje Śląską Kasą*, Rzeczpospolita, 14.08.2002.

<sup>39</sup> *Prokuratura stawia zarzuty Sośnierzowi*, Rzeczpospolita, 23.12.2002.

<sup>40</sup> *Kasa w rękach ministra*, Rzeczpospolita, 11.02.2002.

<sup>41</sup> *Do Śląskiej Kasy Chorych wejdą komisarze*, Rzeczpospolita, 13.12.2001.

<sup>42</sup> *Minister zarzuca fałszerstwa*, Rzeczpospolita, 10.12.2001.

kwot ustalonych na podstawie przeliczonych algorytmów były natychmiast – na polecenie UNUZ – wprowadzane w życie. Kasy, których budżety były zwiększane, przystępowały do rozdysponowywania nowych środków, także poprzez zawieranie nowych umów. Tymczasem decyzje te zostały uznane przez NSA za bezpodstawne, co stawiało nowych dysponentów w sytuacji całkowitej niepewności<sup>43</sup>.

### 5.3.3. Pogotowie

Inny rodzaj niepokoju w systemie został wywołany najpierw deklaracją, a później rozporządzeniem pozwalającym na znacznie łatwiejsze, niż poprzednio, korzystanie ze świadczeń pogotowia. Osiągnięta z najwyższym trudem świadomość kosztów, związanych z niepotrzebnym wzywaniem pogotowia, została roztrwoniona w poszukiwaniu łatwego poklasku ludzi, których zachęcono do podejmowania pochopnych decyzji o korzystaniu. Interesujące, że spośród naszych respondentów, niezależnie od sympatii politycznych, nikt nie bronił słuszności tych decyzji. Ale – pomijając racjonalność działań i konsekwencje w wydatkach – była to decyzja socjotechnicznie dobra, biorąc pod uwagę przekonania opinii publicznej o słuszności usunięcia pojęcia „nieuzasadnionego wzywania pogotowia” i możliwości bezpłatnego korzystania z jego usług.

Rozpatrywana w tym ciągu zdarzeń deklaracja ministra o przejęciu przez jego urząd nadzoru nad pracą pogotowia ratunkowego w kraju, złożona przy okazji afery „handlu skórą” pełniła rolę podwójną. Z jednej strony dawała wyraz dążeniu do koncentrowania zadań kontrolnych w urzędzie, któremu to dążeniu minister niejednokrotnie dawał wyraz, a z drugiej strony była szukaniem popularności. Minister stawiał się w roli dobrego władcy, który poinformowany o niegodziwościach swoich urzędników podejmuje osobiste starania sanacyjne<sup>44</sup>.

W toku przedstawianych tu zdarzeń nie była jeszcze znana jedna racja, jaką jest skupienie uwagi na problemach pogotowia. Jak pisałem wcześniej, w 2001 roku została uchwalona ustawa o ratownictwie medycznym, która miała otworzyć drogę do jego budowy od 2002 roku. Jednak nowa ekipa ministerialna zainicjowała opóźnienie wejścia w życie tych postanowień, mimo że w budżecie preliminowano środki na budowę różnych elementów systemu, w tym szpitalnych oddziałów ratowniczych. Opóźnienie uruchomienia systemu dało możliwość wykorzystania przyznanych środków na inne cele, z nadzieją, że zmiana ich przeznaczenia przez przynajmniej jakiś czas nie zostanie ujawniona. Jest prawdopodobne, że gdyby nie przypadkowy skandal, który był skutkiem niemożności udzielenia pomocy w przypadku nagłego zachorowania, nadzieja ta zostałaby prawdopodobnie spełniona<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> Powołanie odwołanego, Rzeczpospolita, 23.02.2002.

<sup>44</sup> Oświadczenie ministra zdrowia po spotkaniu z dyrektorami Wojewódzkich Stacji Pogotowia Ratunkowego, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

<sup>45</sup> Okazało się, że w jednym z miast (Częstochowie) żaden z dwóch formalnie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych nie jest przygotowany do udzielania pomocy zgodnie z wymogami.

### 5.3.4. Leki

Demonstrowana troska o pacjentów, źle traktowanych przez poprzednie ekipy, była widoczna w kampanii „lek za złotówkę”. Było faktem, że rosnące wydatki na leki obciążały w znacznym stopniu ludzi starszych, których potrzeby zdrowotne – z naturalnych przyczyn – są większe. Jednak było również faktem potwierdzonym w analizach, że grupa osób starszych, pobierających świadczenia emerytalne nie była grupą znajdującą się w najtrudniejszej sytuacji materialnej, a jednocześnie była bardzo zróżnicowana. Szczególne jej uprzywilejowanie, a taki był sens proponowanych zmian, nie znajdowało przekonującego uzasadnienia w racjach społecznych. Było natomiast atrakcyjne propagandowo, zwłaszcza biorąc pod uwagę liczebność emerytów, będących obowiązkowym elektoratem. Początkowe propozycje resortu były bardzo atrakcyjne, przewidywały przyznanie uprawnień już od 60. roku życia. Konfrontacja tych obietnic z realiami ekonomicznymi doprowadziła wkrótce do redukcji kręgu uprawnionych. Ostatecznie prawo nabywania leków wydawanych po wniesieniu opłaty za opakowanie w wysokości 1 zł przyznano osobom ubezpieczonym, które ukończyły 65. rok życia<sup>46</sup>. Prawo to mogło być realizowane na podstawie recepty wystawionej przez uprawnionego lekarza i obejmowało leki ujęte w wykazie leków podstawowych oraz leki przepisywane za opłatą ryczałtową. Ta ostatnia grupa leków dotyczyła środków stosowanych w chorobach zakaźnych i psychicznych, w niektórych chorobach przewlekłych oraz przy upośledzeniu umysłowym. Stąd szeroko wyrażane wątpliwości, że wprowadzony przepis w niewielkim tylko stopniu zmieniał sytuację osób uprawnionych.

Konfrontacyjny sposób prowadzenia polityki zdrowotnej dał o sobie znać przy okazji rewizji list refundacyjnych leków, kiedy to firmy farmaceutyczne zostały potraktowane jako groźny przeciwnik (mówiono o wypływie zysków za granicę), a nie jako jeden z najważniejszych partnerów działających w sektorze zdrowotnym. Przedstawiciele firm dawali do zrozumienia – na ogół dyskretnie – że resort stosuje wobec nich różne formy nacisku, polegające na obietnicy wpisania na listę leków refundowanych w zamian za obniżenie ceny. W przypadku cen zawyżonych nacisk taki mógł mieć smak działania na korzyść społeczeństwa, ale nie miało to dobrego wpływu na atmosferę panującą w sektorze. Kiedy listy zostały przyjęte, poszczególne gremia różnie oceniały ich wpływ na przyszłą konsumpcję leków i zmiany w obciążeniach finansowych. Najbardziej optymistyczne były prognozy ministerialne, w szacunkach przygotowanych przez firmy, ekspertów i niektóre kasy chorych przewidywania były bardziej sceptyczne. Na ogół zgadzano się, że wprowadzone zmiany doprowadzą do oszczędności w wielkości wydatków ponoszonych przez kasy, ale przy jednoczesnym wzroście wydatków ponoszonych przez pacjentów<sup>47</sup>. Zwrócono uwagę, że z listy leków refundowanych usunięto pewne leki stosowane w chorobach no-

<sup>46</sup> Ustawa z dnia 13 listopada 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 2002, nr 230, poz. 1920.

<sup>47</sup> M. Solecka, *Jedni pacjenci stracą, drudzy zyskają*, Rzeczpospolita, 17.04.2002.



wotworowych. Leki te powinny być dostępne w szpitalach, a więc dla pacjenta bezpłatne, ale brak pieniędzy w szpitalach niejednokrotnie zmuszał pacjentów do kupowania ich we własnym zakresie. Zatem przesłanka, że wydatki związane z kupnem tych leków nie będą obciążać pacjentów, opierała się na fikcji. Przewidywania firm okazały się bliższe prawdy. Na podstawie konsumpcji leków w ciągu sześciu miesięcy okazało się, że roczne oszczędności kas chorych wyniosą ok. 500 mln (minister zapowiadał, że przekroczą miliard), a wydatki pacjentów wzrosną o ok. 300 mln<sup>48</sup>. Sprawa kontroli wydatków na leki jest bezwzględnie ważna – w wielu przedsięwzięciach reformatorskich na świecie lokowana była na czołowych miejscach – ale rzadko dochodziło do świadomego zaogniania konfliktu tak, jak to nastąpiło w Polsce. Nie tylko utrudniło to zarządzanie systemem – w warunkach napięcia jest to zawsze trudniejsze – ale nie przyczyniło się również do rozwiązania jednego z problemów, jakim pozostaje wielkość wydatków na leki.

Nagłośnienie problemu leków może być potraktowane także jako próba kamuflażu jednej ze zmian legislacyjnych, które istotnie wzmacniały uprawnienia wąskiej grupy decydentów w Ministerstwie Zdrowia. Chodziło o sposób powoływania osób do Komitetu Rejestracji Leków, a także zakres jego uprawnień, a więc organu odpowiedzialnego za kształtowanie rynku farmaceutycznego. Dopuszczenie do udziału w rynku, co następnie umożliwiało staranie się o dostęp do środków publicznych poprzez refundacje, było dla firm farmaceutycznych jednym z fundamentalnych rozstrzygnięć, przesądzających o ich finansowej egzystencji. Osoby podejmujące te decyzje uzyskiwały ogromną władzę, co mogło zaspokajać ich potrzeby posiadania wysokiego statusu, ale umożliwiało także stawianie warunków finansowych.

### 5.3.5. *Reforma kas*

Chociaż strategicznym celem nowej ekipy była likwidacja kas chorych, to jednak perspektywa konieczności oczekiwania na nową ustawę wydawała się reformatorem zbyt odległą. Dążąc zatem do swojego strategicznego zamiaru koncentracji władzy i podporządkowywania sobie innych podmiotów, przygotowali i przeprowadzili nowelizację ustawy o PUZ, która istotnie zmieniała charakter i pozycję kas<sup>49</sup>. Wprowadzono mianowicie ustalenie, że wszystkich siedmiu członków rady kasy powołuje i odwołuje minister zdrowia, z tego trzech na wniosek sejmiku wojewódzkiego. Przy niezmiennych uprawnieniach rad minister zyskiwał pełną kontrolę nad działaniami kas, w tym także nad obsadą stanowiska dyrektora.

---

<sup>48</sup> M. Solecka, *Stracili producenci, aptekarze i chorzy*, Rzeczpospolita, 22.10.2002.

<sup>49</sup> Ustawa z dnia 7 czerwca 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 2002 r., nr 83, poz. 749.

### 5.3.6. Nadzór sanitarny

Omówione wcześniej zmiany ustawowe, niezależnie od intencji – postęp decentralizacji – były oceniane bardzo krytycznie przez wielu obserwatorów. Liczne błędy ujawniono w raporcie przygotowanym przez NIK i to zarówno w sferze prawa, jak i funkcjonowania instytucji<sup>50</sup>. Wskazano „negatywny stosunek” Głównego Inspektora do idei wyłączenia Inspekcji ze struktur Ministerstwa Zdrowia, co było jedną z istotnych przesłanek reformy. W konsekwencji struktury nie zostały przekształcone, a zakres faktycznie wykonywanych zadań nie pokrywał się z nowymi kompetencjami. Inspektor wykonywał obowiązki formalnie należące do ministra, zarówno w dziedzinie inicjatyw ustawodawczych, jak i w sprawach dotyczących integracji europejskiej. Wiele było zaniedbań w tworzeniu nowych instytucji, a dwuznaczność przepisów – stacje były zarówno zakładami opieki zdrowotnej, jak i jednostkami administracji publicznej – pogłębiała chaos organizacyjny. W samej Inspekcji przedstawiano niejednolitą interpretację przepisów. W tych warunkach wykonywanie bieżących obowiązków było utrudnione, a przygotowywanie planów pracy działalnością bardziej pozorną niż rzeczywistą. Rzadko podejmowano decyzje – w sensie administracyjnym – a podjęte decyzje nie były egzekwowane. Ujawniono też zagrożenia korupcją, wobec arbitralności wielu decyzji i braku wewnętrznego nadzoru. Wydaje się jednak, że to nie przedstawiony katalog zaniedbań był przyczyną podjętych inicjatyw zmierzających do zmiany ustawy.

Już na wiosnę 2002 roku uchwalono nowelizację ustawy regulującej zasady działania nadzoru sanitarnego. Jak poprzednio, rozpoczęto od zmian symbolicznych, przywracając pierwotną nazwę Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>51</sup>. Instytucją odpowiedzialną za realizację zadań inspekcji sanitarnej pozostał Główny Inspektor Sanitarny.

Na szczeblu wojewódzkim, Główny Inspektor powoływał państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, po postępowaniu kwalifikacyjnym z udziałem wojewody. Inspektor wojewódzki powoływał inspektora powiatowego, także według powyższej procedury. Każdy z inspektorów kierował działalnością stacji usytuowanych na odpowiednich szczeblach. Były one traktowane jako zakłady opieki zdrowotnej, finansowane z budżetu państwa, dla których organem założycielskim był minister zdrowia. Główny Inspektor ustalał ogólne kierunki działania i szczegółowe zasady postępowania. Inspektor wojewódzki miał podobne uprawnienia w stosunku do inspektorów powiatowych i granicznych, a ponadto mógł wydawać polecenia dotyczące podjęcia konkretnych czynności. Główny Inspektor zachował uprawnienia dotyczące możliwości od-

---

<sup>50</sup> Informacja o wynikach kontroli bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, w warunkach reformy administracji publicznej, NIK, Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej, DZiKF-41006-2000, Nr ewid. 80/2001/P/00/139/DZK, maj 2001.

<sup>51</sup> Informacja o wynikach kontroli bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, w warunkach reformy administracji publicznej, NIK, Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej, DZiKF-41006-2000, Nr ewid. 80/2001/P/00/139/DZK, maj 2001.

wołania każdego inspektora, na podstawie tych samych, co poprzednio, przesłanek.

Sejmik wojewódzki i rada powiatu powinna – podobnie jak pod rządami poprzedniej regulacji – raz do roku rozpatrywać informację na temat stanu sanitarnego województwa i powiatu. Organy te utraciły jednak uprawnienia, aby w każdym czasie żądać przedstawienia takiej informacji. Rady powiatu nie mogły już podejmować uchwał ustalających kierunki działania organów inspekcji. Podobnie starostowie, wójtowie, burmistrzowie, prezydenci miast nie mogli wydawać inspektorom poleceń w przypadku bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego lub zagrożenia życia i zdrowia ludzi.

W zmienionej sytuacji zlikwidowano kłopotliwe łączenie zasad pochodzących z dwóch odmiennych podejść do budowania struktur administracyjnych. Jednoznacznie odwołano się do reguł ścisłego pionowego podporządkowania. W konsekwencji jednak wpływ organów samorządu terytorialnego na sprawy pozostające w gestii inspekcji sanitarnej został radykalnie ograniczony. Biorąc pod uwagę, że w znowelizowanej ustawie zastosowano pojęcie zdrowia publicznego, to wyeliminowanie samorządów ze spraw, które miały go dotyczyć, wystawia niekorzystne świadectwo autorom zmiany. Oczywiście, sprawność organizacyjna inspekcji była ważną sprawą. Niemniej szanowanie uprawnień samorządowych, a zwłaszcza obrona pozycji samorządów na przyszłość wydaje się sprawą równie ważną. Łatwość, z jaką poświęcono ideę samorządności w imię administracyjnej efektywności potwierdziła obawy tych, którzy w ogólnej orientacji politycznej koalicji SLD-UP-PSL dostrzegali uparte, choć nie zawsze *explicite* wyrażane dążenie do odejścia od decentralizacyjnych dążeń okresu transformacji.

## 5.4. Poszukiwanie strategii

### 5.4.1. *Propozycje wyborcze*

Późną wiosną 2001 roku główna partia opozycyjna, SLD, przygotowując się do kolejnych wyborów, przedstawiła swoją koncepcję reformy opieki zdrowotnej<sup>52</sup>. Jej punktem wyjścia była diagnoza, w której uznano, że błędy popełnione przy budowie kas chorych doprowadziły do utraty poczucia bezpieczeństwa obywateli. Jednocześnie wysokie wynagrodzenia i nadmiernie rozbudowana w kasach chorych administracja spowodowały powszechne niezadowolenie społeczne.

SLD zaproponowało likwidację kas chorych i zastąpienie ich (przy wykorzystaniu ich zasobów) przez 4–6 Regionalnych Funduszy Ochrony Zdrowia.

---

<sup>52</sup> Wystąpienia na konferencji małopolskiej SLD „Opieka zdrowotna”, Kraków, 26 marca 2001.

W dziewięcioosobowych radach nadzorczych funduszu 5 członków miałyby mianować minister zdrowia, a pozostałych sejmiki wojewódzkie. Fundusz zawierałby umowy dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, z władzami samorządowymi, które występowałyby w imieniu swoich świadczeniodawców. Takie kontrakty obejmowałyby duże pakiety świadczeń. Po drugie, z samymi niepublicznymi świadczeniodawcami i wtedy zakres świadczeń byłby bardziej szczegółowo wyspecyfikowany. Przewidziano, że świadczeniodawcy opieki podstawowej będą mogli otrzymywać pieniądze na zakup świadczeń diagnostycznych i specjalistycznych.

Kontrakty miałyby służyć realizacji zadań ustalonych w hierarchicznie zbudowanych planach: w narodowym planie zdrowotnym, w wojewódzkich i powiatowych planach. Zadania definiowane na poziomie poszczególnych planów byłyby powiązane z poziomami referencyjnymi (specjalistycznymi) i zasobami posiadanymi przez poszczególne władze lokalne.

Autorzy uznali, że w ich koncepcji jest jasny podział kompetencji: rolą funduszu jest finansowanie, rolą rządów lokalnych i ministerstwa faktyczne kreowanie polityki zdrowotnej, a władzy (lekarza) wojewódzkiej – kontrola standardów, równości dostępności i prawnych aspektów funkcjonowania systemu. Jednak w chwili przedstawiania propozycji wcale nie było jasne, jakie jeszcze elementy zreformowanego systemu mają ulec zmianie: czy zmienia się ubezpieczeniowy charakter uprawnień? jakie jest źródło finansowania świadczeń zdrowotnych? czy likwidacja kas chorych pociąga za sobą likwidację składki? jaka jest zasada wyznaczania ogólnej wielkości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia i jaka jest zasada alokacji części tych środków w poszczególnych Funduszach Regionalnych? jaki charakter ma mieć kontrakt zawierany z rządem lokalnym i jakie zobowiązania wynikają z niego dla świadczeniodawcy? Jeszcze wiele takich pytań można stawiać, choć warto odnotować mało oczekiwaną sympatię SLD do władz lokalnych i przypisywanie im bardzo dużej – chociaż nie do końca jasnej – roli w ochronie zdrowia.

### **5.4.2. Dokumenty strategiczne**

Kilka miesięcy po utworzeniu rządu, ministerstwo przedstawiło szereg dokumentów – kolejne wersje dokumentu „Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003” publikowane były w lutym, marcu, kwietniu i maju 2002 roku<sup>53</sup>. Dokumenty służyły rozwinięciu propozycji przedstawianych w kampanii wyborczej, które – z konieczności – musiały być ogólnikowe. Była to praktyka istotnie odmienna od tego, co reprezentowali poprzednicy: publicznie demonstrowano plany i zamierzenia, modyfikując ich treść w toku prowadzonych prac<sup>54</sup>. Śledząc jednak różnice między różnymi wariantami dokumentu, trudno mówić o ich logicznej sekwen-

---

<sup>53</sup> Pierwsza wersja: luty 2002, wersja po uwzględnieniu uwag resortów: marzec 2002, dokument na posiedzenie Rady Ministrów: 28 marca 2002, dokument przyjęty przez Radę Ministrów z dnia 27 maja 2002 r.

<sup>54</sup> Kolejne wersje dokumentu były dostępne w Internecie.

cyjności, w której stosuje się rozumowanie od ogółu do szczegółu (od nadrzędnych założeń do technicznych mechanizmów). Pierwszy, obszerny dokument był w wielu fragmentach bardzo szczegółowy (np. sposób określania liczby łóżek szpitalnych), a pomijał jednocześnie kwestie fundamentalne (charakter prawny tytułu do świadczeń). Był on także bardzo źle napisany, co pobudzało do krytyki, niezależnie od racji merytorycznych. Wariant drugi był skrótem pierwszego dokumentu, w którym poprawiono jego jakość poprzez wyeliminowanie wielu najbardziej oczywistych błędów; i dopiero wariant przygotowany na posiedzenie Rady Ministrów wyraźnie różnił się in plus – pod względem formalnym – od poprzednich. Przyniósł także wiele pomijanych wcześniej szczegółów (zasady tworzenia narodowych instytutów zdrowia, szczegóły dotyczące kształcenia, więcej informacji na temat praw pacjenta). Natomiast zmiany wprowadzone do ostatniej wersji były całkowicie kosmetyczne: usunięto kilka zbyt napiętych terminów oraz dodano jedną dyrektywę europejską.

### **5.4.3. Diagnoza**

Zanim jeszcze opublikowano pierwsze warianty dokumentu strategicznego, zostało przygotowane opracowanie, które – zgodnie z metodologią postępowania reformatorskiego – powinno poprzedzać formułowanie celów i priorytetów. Był to wynik zastosowania techniki SWOT, która jest wykorzystywana w systematyzowaniu mocnych i słabych stron obiektów, które mają być poddawane zmianie, a także zagrożeń i szans, związanych z takim przedsięwzięciem<sup>55</sup>. Najwięcej miejsca w omawianym dokumencie zajmuje wyliczenie słabych stron reformy. Wiele spośród nich dotyczyło fazy przygotowawczej i wdrożeniowej, więc ich wskazywanie na początku 2002 roku miało charakter raczej historyczny, niż odnoszący się do reformowanej rzeczywistości. Niektóre z zarzutów obciążały inne podmioty, a nie autorów zmian, jak np. zarzut zbyt niskiego poziomu wydatków na zdrowie – przy czym popełniono odwieczny błąd polityków i wskazano wielkość 4% PKB jako wydatki ogólne i porównano je do wydatków w innych krajach, wynoszących od 6% do 9%. Trudno również reformatorom przypisywać odpowiedzialność za „nieprawidłową zastaną bazę szpitalną”. To była cecha systemu, która niewątpliwie utrudniała przeprowadzanie zmian, ale nie była to cecha – czy skutek – reformy, która miała być analizowana w dokumencie. Duża część zarzutów dotyczyła braków koordynacji i ujednolicenia zasad postępowania, nomenklatury, informacji, co było słuszne, ale autorzy dokumentu, pisząc o zaszczościach, nie zauważyli, że stara ekipa zdążyła podjąć inicjatywy zmierzające do ich eliminacji. Dostrzegli je dopiero, wskazując działania niezbędne do naprawy systemu. Z formalnego punktu widzenia wiele przedstawionych tam propozycji – ujednolicenia nazewnictwa, system ewidencji, RUM, centralny rejestr ubezpieczonych – było już zapisanych w obowiązującym prawie. Dokument kończył się optymistyczną tezą, że wprowadzenie

---

<sup>55</sup> Analiza SWOT reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, MZ, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

wskazanych usprawnień „może na trwałe doprowadzić do wykreowania nowoczesnego, sprawnego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych”<sup>56</sup>. Warunkiem miała być restrukturyzacja mechanizmów makroekonomicznych i zwiększenie środków pochodzących ze składek.

Diagnoza przedstawiana w dokumentach strategicznych była bardzo skróto-  
wa i polegała na stwierdzeniu, że wszystkie negatywne zjawiska występujące  
w polskim systemie zdrowotnym na początku 2002 roku były następstwem źle  
przygotowanej i źle wdrażanej reformy, która weszła w życie w 1999 roku. To  
tamte inicjatywy spowodowały brak poczucia bezpieczeństwa obywateli. Czynnikiem,  
który bezpośrednio doprowadził do tej sytuacji było to, że

„(...) »brak polityki zdrowotnej państwa« i związana z nim przyczynowo »nadmierna samodzielnosc kas chorych«, na których politykę zdrowotną minister zdrowia faktycznie nie ma bezpośredniego wpływu, spowodowały powstanie siedemnastu autonomicznych sposobów kontraktacji usług medycznych. W efekcie realizowanych jest siedemnaście niezależnych »politik zdrowotnych« z mniejszym lub większym udziałem samorządów lokalnych”<sup>57</sup>.

We wcześniejszej wersji sformułowanie to było bardziej radykalne i mówiło się, że minister nie miał żadnego – a nie tylko bezpośredniego – wpływu na kasy chorych oraz że nie istniała żadna efektywna forma jego nadzoru nad działalnością kas.

Ta pozornie niewielka zmiana stylistyczna była dobrą ilustracją klimatu, w którym odbywała się praca nad koncepcją zmiany. Chodziło o wskazanie chaosu, jako głównej cechy odziedziczonej sytuacji w sektorze zdrowotnym oraz o brak formalnych mechanizmów umożliwiających ministrowi zdrowia kontrolę i nadzór nad przewyżaniem tego chaosu. Inne elementy diagnozy, takie jak stwierdzenie wysokich kosztów administracyjnych, były dodatkiem, podanym zresztą bez żadnego dowodu. Przy takim sformułowaniu diagnozy, podstawowe kierunki zmian, polegające na wzmocnieniu pozycji ministra w stosunku do innych podmiotów systemu, które powinny umożliwić mu przezwyciężenie różnic, będących ekspresją chaosu, były samonarzucającym się wnioskiem. Z tego punktu widzenia postulat likwidacji kas chorych, co stało się bodaj najbardziej nośnym hasłem nowej fazy reformy, niemal logicznie wynikał z przyjętych wcześniej przesłanek.

Stronniczość przedstawionej diagnozy była merytorycznie zupełnie niepotrzebna, a jej obecność (może raczej stylizacja werbalna) była elementem gry politycznej. Kontekstem budowania diagnozy, jako uzasadnienia dalszych poczynań, było przyjęcie strategii konfliktu, walki i przerwania ciągłości toczącego się od wielu już lat procesu zmian. Nie ulega wątpliwości, że różne okoliczności, zarówno dotyczące technicznych rozwiązań, jak i społeczne postrzeganie

---

<sup>56</sup> Tamże, s. 8; jak żart wyglądał błąd literowy w zdaniu, w którym autorzy krytykowali pośpiech poprzedników: zamiast „placówek opieki zdrowotnej” napisano „palcówek opieki zdrowotnej”.

<sup>57</sup> Wersja z 28 marca 2002 r., s. 4.

skutków reform, zachęcały do przyjęcia takiej perspektywy<sup>58</sup>. Z jednej strony, niepotrzebne różnicowanie metod kontraktowania i finansowania (wyodrębnianie świadczeń szpitalnych), brak jednolitej nomenklatury świadczeń zdrowotnych oraz rozwiniętych mechanizmów koordynacyjnych (a nawet absurdalne tendencje likwidatorskie w tej dziedzinie), czy wreszcie brak dobrego systemu informacji, to oczywiste braki starego systemu, których obecność od dawna była już sygnalizowana przez licznych badaczy. Pojęcie rozmytej lub rozmywanej odpowiedzialności weszło do słownika prowadzonych analiz. Efekty starej reformy były powszechnie krytykowane i równie powszechne było oczekiwanie podjęcia działań naprawczych. Z drugiej strony, wyniki niektórych badań pozwalały oceniać stan opinii publicznej jako swoistą desperację, skoro blisko 80% respondentów opowiadało się na początku 2001 roku za koniecznością wprowadzenia dalszych zmian w sektorze zdrowotnym, przy czym ponad połowa oczekiwała „dużych” zmian, a tylko 9% chciałoby utrzymania powstałej w wyniku starej reformy sytuacji<sup>59</sup>.

Doszukiwanie się jedynych przyczyn dysfunkcji w decyzjach poprzedników utrudniało też zapewne stawianie bardziej konkretnych problemów, które nie były rozwiązywane w przeszłości. Jednym z nich było trwające – i coraz szybsze – zadłużanie się publicznych zakładów. O ile w połowie 2001 roku wynosiło niewiele więcej niż 2 miliardy, to rok później sięgało poziomu 5 miliardów<sup>60</sup>. Przyspieszenie tempa narastania zadłużenia wskazywało, że to nie tyle stare przyczyny, co nowe procesy prowadziły do negatywnych zjawisk. Przypuszczać należy, że zapowiedź likwidacji kas chorych, a więc twardego płatnika kontrolującego wydatki, była jednym z powodów rozluźnienia dyscypliny finansowej.

#### ***5.4.4. Świadczeniodawcy w strategicznych dokumentach***

Sposób traktowania świadczeniodawców był pochodną ogólnej przesłanki, że władze publiczne muszą być odpowiedzialne za dostępność świadczeń zdrowotnych, co – rozwijając koncepcje – ograniczono do dostępności do świadczeń opieki stacjonarnej. Konkretyzacja zasad tej odpowiedzialności w stosunku do szpitali, które mają zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, została dokonana poprzez wprowadzenie pojęcia sieci i dokonania rozróżnienia między „krajową siecią szpitali” i „regionalną siecią szpitali”.

Krajowa sieć byłaby określana przez ministra i przez niego nadzorowana. Formalną podstawą znalezienia się szpitala w sieci byłoby rozporządzenie ministra. Początkowo przyjmowano, że minister pełniłby wobec szpitali, wchodzących w skład sieci, rolę organu założycielskiego i właściciela. W późniejszych

---

<sup>58</sup> Takie stanowisko było reprezentowane na posiedzeniach sejmowej komisji zdrowia i to przez przedstawicieli większości partii, por. Biuletyn 277/IV (posiedzenie Komisji Zdrowia nr 15, z dnia 25.01.2002).

<sup>59</sup> *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy*, Komunikat CBOS, opracował W. Derczyński, [www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)

<sup>60</sup> P. Jabłoński, A. Myczkowska, E. Więclaw, *Bez kontroli*, Rzeczpospolita, 18.01.2002.

wersjach dopuszczany jest wariant, że część szpitali wchodzących w skład tej sieci pozostaje w gestii samorządów. W jej skład weszłyby przede wszystkim szpitale o znaczeniu ogólnokrajowym, dotychczasowe szpitale wojewódzkie, a więc duże, wieloprofilowe, zwykle dobrze wyposażone w kadre i sprzęt publiczne instytucje. Szpitale te miałyby pierwszeństwo w dostępie do środków finansowych (w zakresie bieżącego finansowania, jak również środków na restrukturyzację), oraz w zaopatrzeniu w nowy sprzęt. Dysponowałyby nadwyżką łóżek, tworząc rezerwę na wypadek sytuacji nadzwyczajnych (katastrofy, epidemie, ale także „przerwy w działalności innego szpitala”). Liczbę łóżek i instytucji uznano ogólnie za właściwą, chociaż ich struktura powinna być zmieniana. Szpitale należące do sieci krajowej nie mogłyby być prywatyzowane.

W późniejszych wersjach dokumentu pojęcie sieci regionalnej zostało pominięte. Według jego wczesnej wersji, w skład regionalnej sieci szpitali mogłyby wchodzić zarówno instytucje publiczne, jak i niepubliczne. W późniejszej wersji napisano, że „obecnie funkcjonujące zakłady niepubliczne nie będą mogły być typowane do sieci”. Można to traktować jako zmianę stanowiska (zakłady niepubliczne nie wchodziły do sieci), ale – być może – potraktowano to jako sprawę, o której nie należy pisać w dokumencie strategicznym. Natomiast w ostatniej wersji znalazło się sformułowanie, że „w sieci szpitali publicznych umieszczone zostaną tylko zakłady publiczne”, co jest stwierdzeniem tautologicznym, nic niemówiącym o zamiarach autorów dokumentu. Powtórzone stwierdzenie, że „zakłady niepubliczne nie będą typowane do sieci” trudne jest do jednoznacznej interpretacji, ponieważ w tym dokumencie mówiło się tylko o sieci krajowej, z której od początku prywatne instytucje miały być wyłączone. Według pierwotnej wersji, w skład sieci weszłyby mniejsze szpitale, o węższym zakresie oferowanych specjalności, często należące do samorządów lokalnych na szczeblu powiatu, choć właścicielami mogły być także samorządy wojewódzkie i gminne. Zaproponowano, aby właścicielami były samorządy lokalne na szczeblu województwa i powiatu – gmina nie byłaby już właścicielem szpitala. Jako dziedziny, którymi powinny zajmować się szpitale sieci regionalnej, wskazano opiekę długoterminową oraz rehabilitację kardiologiczną, psychiatryczną, neurologiczną i narządu ruchu. Liczbę łóżek będących w dyspozycji instytucji, które weszłyby do sieci regionalnej uznano za zbyt dużą – nadwyżkę oceniono na 10–33 tys. łóżek. Naturalnym więc wnioskiem był postulat zmniejszania liczby łóżek, zmiany ich przeznaczenia (wykorzystania) oraz zamykania szpitali. Zaproponowano zamykanie najpierw szpitali jednoprofilowych, o niskim wskaźniku wykorzystania łóżek, oraz szpitali blisko względem siebie położonych, a oferujących te same zakresy świadczeń. W szpitalach wieloprofilowych należało likwidować łóżka na oddziałach ginekologicznych, położniczych, dziecięcych i chirurgii ogólnej. W wyniku zdefiniowania zakresu sieci wskazane byłyby zatem szpitale przeznaczone do zamknięcia. We wczesnych wersjach dokumentu przyjęto, że „prywatyzacją mogłyby być objęte tylko te zakłady opieki zamkniętej, które w ramach tworzenia docelowej sieci szpitali wyznaczone byłyby do



zamknięcia” (w późniejszych wersjach dokumentu ta rekomendacja została opuszczona).

W dokumentach od początku była widoczna głęboka nieufność wobec świadczeniodawców niepublicznych. Punktem wyjścia przy definiowaniu tego stanowiska we wszystkich wersjach była diagnoza dotycząca dotychczasowego przebiegu prywatyzacji. Stwierdzono, że miała ona dotychczas charakter „niekontrolowanego” procesu, który prowadził do utraty mienia publicznego, poprzednio należącego bądź to do Skarbu Państwa, bądź do rządów lokalnych. Dotychczasowe przekształcenia własnościowe doprowadziły także do pogorszenia dostępności do świadczeń, w wyniku wyłączenia z publicznej ochrony zdrowia części infrastruktury. W nowym podejściu zaakcentowano potrzebę wzmocnienia i egzekwowania nadzoru sprawowanego przez władze publiczne. Podkreślono, że prywatyzacja może być realizowana tylko poprzez podział, przekształcenie lub likwidację, ponieważ przepisy nie zezwalają na komercjalizację zakładów opieki zdrowotnej, której stosowanie jest ograniczone do przedsiębiorstw państwowych. Odżegnano się więc w ten sposób od kierunku zmian zaproponowanego przez poprzedni rząd w projekcie ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji. Zaproponowano taką zmianę przepisów, aby ułatwić przekształcenia publicznych instytucji w spółki prawa handlowego.

W dokumencie odróżniano wyraźnie prywatyzację świadczeń (instytucji) opieki stacjonarnej i świadczenia (instytucje) opieki ambulatoryjnej. W stosunku do pierwszej należy postępować bardzo ostrożnie. Jak napisano: „lecznictwo zamknięte musi opierać się na placówkach publicznych”. Przyszłość małych szpitali jest więc w świetle strategicznych dokumentów niepewna – we wcześniejszym dokumencie dopuszczano możliwość ich prywatyzacji, zwłaszcza w obliczu zadłużenia. Natomiast opieka ambulatoryjna może rozwijać się w formach niepublicznych i może być prywatyzowana, aczkolwiek nie bez ograniczeń, mówi się bowiem o „częściowej prywatyzacji”. O klimacie wokół prywatyzacji świadczy sformułowanie zawarte w dokumencie, w którym stwierdza się, że „jest w Polsce miejsce także dla niepublicznej ochrony zdrowia”. Jest to stwierdzenie bardzo odległe od nadziei, jakie z prywatyzacją opieki zdrowotnej łączyli przedstawiciele poprzednich rządów. Dążąc do jej kontroli, zaproponowano bezpośredni nadzór ministra nad decyzjami o przekształceniach własnościowych zakładów, zwłaszcza przy okazji wnoszenia majątku do tworzonych spółek.

#### **5.4.5 . Problem motywacji**

W każdym przedsięwzięciu reformatorskim musi być postawiony problem mechanizmu motywacyjnego, który skłania ludzi do działań zgodnych z zadanymi celami systemu. Gdyby odnieść się do koncepcji ze sfery zarządzania, to, najogólniej mówiąc, bodźce te mogą wzbudzać albo poczucie misji, albo przymusu, albo przyjmować postać pieniędzy. Wbrew obiegowym poglądom odwołanie się do poczucia misji wcale nie jest rzadkością w systemach zdrowotnych. Było ono podstawą organizowania Narodowej Służby Zdrowia w Wielkiej Bry-

tanii, gdzie, z jednej strony, działanie lekarzy opierało się w znacznym stopniu na bodźcach moralnych zakorzenionych w zasadach deontologii medycznej (zarobki w NHS nie były szczególnie wysokie), a z drugiej strony, motywacja struktur administracyjnych opierała się na etosie służby cywilnej. Przymus jest współcześnie metodą rzadko spotykaną, ale jeszcze kilka dekad temu stosowano takie narzędzia, jak przymus pracy czy zagrożenie ostrymi karami dyscyplinarnymi. Współcześnie, najbardziej istotną rolę odgrywa bodziec finansowy – podkreślmy: nie eliminując pozostałych – choć jego wielkość bywa zróżnicowana: od bardzo wysokich dochodów w USA, do umiarkowanych w krajach skandynawskich. Jednak znaczenie pieniędzy (doceniane w pełni przez zwolenników rynku wewnętrznego) musi być rozpatrywane z uwzględnieniem bardzo wielu czynników obecnych w sytuacji motywacyjnej: wielkości wysiłku, satysfakcji zawodowej, prestiżu w środowisku profesjonalnym, dogodności i niedogodności związanych z miejscem zamieszkania i pracy, wielkością czasu wolnego i możliwościami jego wykorzystania, perspektyw rozwoju zawodowego itd. Nie dość subtelne uwzględnienie tych czynników może całkowicie wypaczyć kierunek oddziaływań motywacyjnych.

Można odnieść wrażenie, że w przedstawionej koncepcji reformy problemy te zostały w istocie pominięte. Z jednej bowiem strony pojawia się oczekiwanie, że w przekształconym systemie pracownicy będą wykonywać powierzone sobie zadania niejako automatycznie, pod wpływem niezidentyfikowanych lecz skutecznych bodźców. Z drugiej strony natomiast, biorąc pod uwagę proponowane zmiany organizacyjne, autorzy reformy zaproponowali „nadzór” jako narzędzie realizacji funkcji zarządczych. W pierwszej wersji dokumentu znalazło się stwierdzenie, że nadzór rozumiany jako „badanie, kontrolowanie danego podmiotu połączone z możliwością pomocy, wpływu, a także modyfikacji jego działalności”, zakładający „podporządkowanie i podległość”, sprawowany przez rząd (ministra zdrowia) traktowany jako nadrzędny podmiot odpowiedzialny za politykę zdrowotną kraju, umożliwi osiągnięcie celów reformy (zostały one wcześniej przedstawione)<sup>61</sup>. Wprawdzie w późniejszych wersjach sformułowanie to zostało pominięte, ale nie ulega wątpliwości, że scentralizowany nadzór pozostał wiodącą koncepcją całego przedsięwzięcia. Przede wszystkim, choć nie zostało to *explicite* stwierdzone, widać dążenie do wydatnego zmniejszenia działania mechanizmu rynku i konkurencji. Nie występuje on przy zawieraniu umów, które miałyby podlegać uzgodnieniom (zasada konsensusu) między płatnikiem, świadczeniodawcą i organizatorem. Wprawdzie sam problem ilości pieniędzy dostępnych w systemie został dostrzeżony – kiedy potwierdza się obowiązujący już przepis, w którym przewidziano systematyczne podnoszenie składki na ubezpieczenie zdrowotne – to przecież oddziaływanie motywacyjne zależy nie tylko i nie tyle od ilości pieniędzy, co raczej od sposobu ich dzielenia. W dokumencie nie widać też dążenia do wyzwalań inicjatyw lokalnych, co było nadzieją wcześniej przeprowadzanych zmian decentralizacyjnych. W no-

---

<sup>61</sup> Wersja z lutego 2002 r., s. 10.

wej sytuacji inicjatywy i bodźce mają płynąć z góry na dół i to ma zapewnić spójność i jednolitość systemu.

### 5.4.6. *Debata*

O ile z formalnego punktu widzenia, po raz pierwszy w dziejach polskich przedsięwzięć reformatorskich, można było obserwować prace nad dokumentem strategicznym<sup>62</sup>, o tyle merytorycznie nie można mówić o jego rozwoju i wzbogacaniu poprzez proces eksperckich i politycznych konsultacji. Mimo że w harmonogramie prac wyodrębniona została faza określana jako „konsultacje”, to minister firmujący dokument nie ukrywał, że nie zamierza uwzględniać przedstawianych z zewnątrz pomysłów. Od początku demonstrował całkowitą pewność co do słuszności propozycji. Już w pierwszej wersji dokumentu znalazła się uwaga, że jest on oparty na „rzetelnej analizie”, a działania będą „przemyślane”. W drugiej wersji wyrażono nadzieję, że „szeroka dyskusja nad proponowanymi kierunkami prowadzić będzie do włączenia się wszystkich osób i podmiotów działających w sferze ochrony zdrowia w realizację narodowej strategii”. A więc nie ukrywano, że dyskusja jest instrumentem mobilizacji przyszłych wykonawców, a nie sposobem napisania lepszego programu. Odgradzanie się nie tylko od pomysłów, ale również informacji płynących z zewnętrznych środowisk, robiło wrażenie zamierzonej taktyki, jakby twórcy reformy nie chcieli się z nikim dzielić jej spodziewanym sukcesem. Co więcej, styl prowadzenia publicznej debaty – czy szerzej: styl komunikowania się z opinią publiczną – utrudniał dialog i porozumienie.

Zainicjowana dyskusja nad programowymi dokumentami przebiegła tak, jak oczekiwali tego twórcy nowej koncepcji reformy. Odbyło się kilka spotkań środowiskowych, których uczestnicy wyrazili poparcie dla przedstawionych idei<sup>63</sup>. Duże spotkanie firmowane przez SLD zgromadziło przedstawicieli środowisk, od których spodziewano się aprobaty, a także kilku innych, zdefiniowanych według formalnego klucza doboru tego rodzaju gremiów. Kolejność udzielania głosu dała wyraźne pierwszeństwo zwolennikom ministerialnych koncepcji, dającym dobitnie wyraz swojemu pozytywnemu stanowisku, którzy zresztą znajdowali się na sali w wyraźnej przewadze liczebnej<sup>64</sup>.

W trakcie zebrania, które miało posłużyć podsumowaniu dyskusji, doszło do charakterystycznego wydarzenia: uczestniczący w debacie premier zapowiedział uważne wysłuchanie głosów krytycznych, ale tych nie było, ponieważ ich wyrażyciele nie zostali zaproszeni<sup>65</sup>. Mówcy nie ukrywali politycznego wymiaru dyskusji. Jak powiedział jeden z dyskutantów: „Ten program przyczynił się do na-

---

<sup>62</sup> W zamierzeniu i tytule, bo lata 2002–2003 z trudem mogły być traktowane jako perspektywa strategiczna.

<sup>63</sup> A. Gielewska, *Mariusz popchnie*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.

<sup>64</sup> *Wymiana poglądów profesora z ministrem*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.

<sup>65</sup> A. Gielewska, *Błędna diagnoza, błędna terapia*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.

szego zwycięstwa”<sup>66</sup>. Wydarzenie to stało się małą sensacją medialną, w wyniku czego premier zorganizował dodatkowe spotkanie dla krytyków ministerialnego programu<sup>67</sup>. Na spotkanie to zostali zaproszeni jednak wyłącznie przedstawiciele różnych środowisk medycznych – reprezentanci izb zawodów medycznych i związków zawodowych działających w sektorze zdrowia. Nie zostali zaproszeni przedstawiciele środowisk eksperckich, nawet ci, którzy kilka dni wcześniej zorganizowali w ramach prac Instytutu Spraw Publicznych seminarium poświęcone sprawom reformy zdrowotnej i przygotowali oświadczenie (stanowisko) w tej sprawie. Mimo takiego stylu prowadzenia prac nad reformą, minister spodziewał się od opozycji poparcia dla swojego projektu<sup>68</sup>.

Bardzo specyficznie kształtowała się sytuacja w środowisku służby zdrowia. Wiele grup zadeklarowało krytyczne stanowisko wobec propozycji rządowych: Naczelna Rada Lekarska<sup>69</sup>, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych<sup>70</sup>, Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”<sup>71</sup>. Przewodnicząca OZZPiP, prezes NRL i przewodniczący OZZL przedstawili alternatywną, wobec dokumentu rządowego, propozycję zmian w ochronie zdrowia<sup>72</sup>. Krytycznie wypowiedzieli się byli ministrowie zdrowia<sup>73</sup>. Negatywne opinie przygotowały też instytucje zajmujące się zdrowiem działające w ramach kilku partii – Stronnictwa Konserwatywno-Ludowego<sup>74</sup> i Unii Wolności<sup>75</sup>. Wszystko to nie miało żadnego wpływu ani na zasadniczą treść przedstawionych propozycji, ani na sposób prowadzenia prac reformatorskich. Ale pełna hermetyczność nowych liderów reformy na krytykę wynikała nie tylko z poczucia siły politycznej. W tym samym środowisku co najmniej równie silne – a przynajmniej słyszalne – były głosy poparcia. Związane to było z kilkoma czynnikami. Po pierwsze, nowe propozycje ogniskujące się wokół hasła likwidacji kas chorych były sympatyczne dla wielu świadczeniodawców, którzy spotkali się z barierami narzucanymi przez płatnika. Odejście kas chorych kojarzyło się zatem ze znoszeniem ograniczeń finansowych, co było myśleniem absurdalnym merytorycznie, ale urzekającym emocjonalnie. Po drugie, nowa reforma wydawała się zapowiadać powrót do bardziej tradycyjnego układu prestiżu w systemie, wzmocnienie pozycji szpitali klinicznych i specjalistów, przy relatywnym osłabianiu wpływu lekarzy ro-

---

<sup>66</sup> M. Solecka, *Zdrowie bez kas*, Rzeczpospolita, 16.04.2002. Chodziło – jak sądzę – o zwycięstwo wyborcze, odniesione w czasie, kiedy program jeszcze nie istniał.

<sup>67</sup> *Zdrowie musi poczekać*, Rzeczpospolita, 17.04.2002.

<sup>68</sup> M. Solecka, *Pomożecie? Nie pomogą*, Rzeczpospolita, 04.12.2002.

<sup>69</sup> Stanowisko Prezydium NRL w sprawie programu „Narodowa ochrona zdrowia”, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.

<sup>70</sup> Służba Zdrowia, nr 26–29, 2002.

<sup>71</sup> *Opinia Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność w sprawie programu Narodowa Ochrona Zdrowia*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.

<sup>72</sup> K. Bukiel, *Poczucie bezpieczeństwa czy bezpieczeństwo*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.

<sup>73</sup> W. Sidorowicz, *Wobec groźby rozpadu. Nowy program narodowej ochrony zdrowia*, Służba Zdrowia, nr 26–29, 2002; A. Maksymowicz, *Przeciw centralizacji*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.

<sup>74</sup> *Krytycznie o programie ministra Łapińskiego*, Służba Zdrowia, nr 19–22, 2002.

<sup>75</sup> *Uchwała Forum Unii Wolności*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.

dzinnych. Stąd zapewne zaskakująco silne poparcie środowisk akademii medycznych dla zmian. Po trzecie, co zasługuje na specjalne podkreślenie, w systemie zaczęła powstawać atmosfera, w której konformizm jest uznawany za podstawę przynoszącą korzyści. Wczesnym sygnałem była wymiana specjalistów krajowych, później lekko tylko zawoalowane deklaracje, że w resorcie należy współpracować z osobami podzielającymi wspólne poglądy. Oczywiście, dobór kadr jest uprawnieniem każdej ekipy politycznej, zarzuty dotyczące upolitycznienia nominacji powtarzały się wielokrotnie przy okazji różnych faz reformy, ale w wydarzeniach 2002 roku pojawił się nowy element – zachęta do konformizmu jako narzędzie sterowania zachowaniami. Działo się to w warunkach wzrastającej niepewności co do przyszłości systemu, kiedy los kas chorych był przesądzony, a przyszłość zakładów i ich podporządkowania niepewna. Reorganizacja zawsze otwiera wygodne możliwości wywierania presji wobec niechcianych pracowników. To z tych, m.in., powodów merytoryczna dyskusja nad propozycjami reformatorskimi była tak słaba, łącznie z debatą parlamentarną, i dlatego tak wiele środowisk apelowało do prezydenta o zawetowanie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia.

## 5.5. Nowy model – Narodowy Fundusz Zdrowia

### 5.5.1. Konstrukcja Funduszu <sup>76</sup>

#### *Uprawnienia*

W ustawie uprawnienia do świadczeń połączono z tytułem ubezpieczeniowym, zgodnie z zasadą wprowadzoną 1 stycznia 1999 roku, kontynuując w ten sposób rozstrzygnięcie wprowadzone poprzez reformę. Utrzymany został obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia, co pozwalało na otrzymanie statusu ubezpieczonego. Jeśli w ustawie deklarowano równość w traktowaniu obywateli, to nie było to rozwiązanie najbardziej skuteczne.

Autorzy – za swoimi poprzednikami – przyjęli technikę wyliczania kolejnych grup podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Wyciągnęli jednak wnioski ze złych wcześniejszych doświadczeń (liczne pominięcia ważnych grup, co wymagało korekty listy) i w przedstawionej propozycji umieszczono wszystkie chyba istotne grupy.

Mimo że tytuł ubezpieczeniowy pozostał fundamentem korygowanego systemu, w ustawie zostały zachowane świadczenia dostępne w oparciu o inne tytuły. Zakłady opieki zdrowotnej miały udzielać bezpłatnych świadczeń związanych z zapobieganiem i zwalczaniem chorób wenerycznych, a ponadto świadczenia udzielane na podstawie ustawy o powszechnym obowiązku obrony,

---

<sup>76</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 339.

o zwalczaniu gruźlicy, o zwalczaniu chorób zakaźnych, o wychowaniu w trzeźwości, o zapobieganiu narkomanii i wynikające z kodeksu karnego wykonawczego. Były to szczególne sytuacje, gdzie konieczność interwencji medycznej jest wyjątkowo duża, a zachodzi prawdopodobieństwo, że osoby potrzebujące znajdują się w tej nielicznej grupie niemającej uprawnień do świadczeń z tytułu ubezpieczenia. Jednocześnie potwierdzono jednoznacznie uprawnienia do świadczeń udzielanych w ciąży, przy porodzie i w połogu, a także świadczeń udzielanych dzieciom do ukończenia 18 lat. Dwóm ostatnim grupom przyznano też prawo bezpłatnego korzystania z ponadstandardowych świadczeń stomatologicznych. Przecięło to wątpliwości ciągnące się przez całą poprzednią fazę reform. Ze społecznego punktu widzenia była to zmiana pozytywna, ale warto zwrócić uwagę, że obowiązek udzielania świadczeń spoczął na wszystkich zakładach, a nie tylko na zakładach publicznych, jak to było w starych przepisach. Należy w związku z tym postawić pytanie o tryb finansowania (źródłem miał być budżet państwa), a więc o wysokość opłat, terminy płatności, procedury rozstrzygania konfliktów itp.). Przy niekorzystnym rozwoju wydarzeń może bowiem dojść do kredytowania działań przez niepublicznych świadczeniodawców.

Autorzy ustawy po raz kolejny uchylili się przed postawieniem problemu świadczeń gwarantowanych (koszyka, pakietu) i nie przedstawili żadnych propozycji przeprowadzenia linii demarkacyjnej między świadczeniami powszechnie dostępnymi i gwarantowanymi a innymi świadczeniami.

W ustawie można było zauważyć wątpliwości, co należy do zakresu POZ. W jednym z przepisów napisano, że minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń. Przyjęcie takiego zalecenia oznacza, że zanegowany został dorobek osiągnięty dotychczas w tej dziedzinie, tak w toku wdrażania reformy, jak i przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych (np. opracowania na temat zakresu kompetencji lekarza rodzinnego lub materiały na temat szkolenia w tej dziedzinie), zanegowano także sam fakt istnienia tej instytucji (może warto w tym miejscu przypomnieć, że ostatni zjazd lekarzy rodzinnych odbywał się pod patronatem prezydenta, a marszałek Sejmu przysłał zjazdowi serdeczny adres). W ogóle samo pojęcie medycyny rodzinnej w tekście ustawy nie wystąpiło, co samo przez się nie jest błędem, ale sygnalizuje pewien sposób postrzegania rzeczywistości – dążenie do zrywania z przeszłością. Choć z drugiej strony, kiedy autorzy ustawy słusznie potwierdzili zasadę udzielania skierowań, na liście lekarzy, do których nie obowiązuje skierowanie nie umieścili pediatry. Pediatra został więc potraktowany jako konsultant lekarza pierwszego kontaktu, wbrew ogólnie rozpowszechnionym opiniom.

Ważną cechą stosowanej konstrukcji było utrzymanie rozwiązań wprowadzonych obowiązującą już od kilku lat ustawą o służbie medycyny pracy. Na

podstawie jej norm badania pracownicz nie wchodziły do zakresu świadczeń opłacanych przez ubezpieczenie zdrowotne, a za ich umożliwienie i sfinansowanie pracownikowi był odpowiedzialny pracodawca<sup>77</sup>. Zobowiązanie to stało się bodźcem skłaniającym pracodawców do wykupywania „abonamentów”, których zasadniczą część stanowiły świadczenia związane ze środowiskiem pracy, ale które mogły być uzupełniane wieloma innymi świadczeniami o charakterze leczniczym. Abonamenty stały się czynnikiem przyspieszającym wzrost świadczeń produkowanych przez niepubliczne zakłady i praktyki<sup>78</sup>.

Ważnym składnikiem nowego sformułowania uprawnień było wprowadzenie zasady swobodnego wyboru świadczeniodawcy. Obowiązujące wcześniej ograniczenia, wymagania dotyczące promes wydawanych przez płatników czy kwestie szczebli referencyjnych zostały zlikwidowane. Oczywiście, racją uzasadniającą było wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom deklarowanym przez pacjentów, którzy nie zdawali sobie sprawy, że zmiany formalnych ograniczeń co najwyżej pozornie zwiększają dostępność. Dla obserwatorów było bowiem oczywiste, że swobodny, a więc nieprzewidywalny napływ pacjentów poważnie utrudni planowanie działalności i funkcjonowanie zakładów, zwłaszcza szpitali. Można się było spodziewać zwiększonego napływu pacjentów do szpitali na najwyższych szczeblach referencyjnych, bez jakiegokolwiek uzasadnienia wynikającego z charakteru potrzeby zdrowotnej. Nie ma wątpliwości, że także w tym przypadku racjonalność zarządzania została poświęcona na rzecz doraźnej popularności.

### ***Działania Funduszu***

Do zakresu działania Funduszu zaliczono w szczególności zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocję zdrowia. Wątpliwości wzbudziło użycie terminu „zabezpieczenie”, które obok naturalnej dla Funduszu funkcji przekazywania pieniędzy (zabezpieczenie finansowe) obejmuje inne liczne działania: tworzenie infrastruktury materialnej, kształcenie kadr, rozmieszczenie zasobów itd. Wszystkie te działania – bezspornie służące zabezpieczeniu świadczeń – nie będą wykonywane przez Fundusz.

Do innych rodzajów aktywności należy określanie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, ich jakości i dostępności, analizy kosztów świadczeń zdrowotnych, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz zasady kontroli realizacji zawieranych umów. Tym razem chodziło o aktywności typu regulacyjnego, które powinny być powierzone raczej władzy publicznej, niż Funduszowi – wykonawcy technicznych funkcji finansowych.

---

<sup>77</sup> Ustawa z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, Dz.U. 1997 r., Nr 96, poz. 593, z późn. zm.

<sup>78</sup> S. Golinowska, A. Sowa, *Abonament i lekarz zakładowy. Udział zakładów pracy w finansowaniu usług zdrowotnych*, Polityka Społeczna, 10, 2001:29–31.

Fundusz miał dysponować środkami publicznymi, co z góry uniemożliwiało powstawanie wątpliwości na ten temat, a było przedmiotem długo ciągnących się sporów w poprzedniej fazie reformy.

Zgodnie z zasadą wprowadzoną w życie już w poprzedniej fazie reformy, podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych miała być umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierana pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą, a poza umową świadczenia zdrowotne udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.

Zawieranie przez Fundusz umów powinno odbywać się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert, lub rokowań, przy czym podstawowym trybem postępowania jest konkurs ofert. Rokowania miały być mniej rygorystycznym trybem zawierania umów. W jego ramach Fundusz miał prowadzić postępowanie w celu ustalenia postanowień umowy z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać. Rokowanie mogło być przeprowadzone, jeżeli uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a warunki postępowania w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie zostały zmienione w stosunku do określonych w konkursie ofert, lub zachodziła pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której wcześniej nie można było przewidzieć.

### ***Struktura Funduszu***

Organami Funduszu miała być Rada, Prezes i Zarząd. Rada Funduszu składała się z 13 osób i była powoływana przez prezesa Rady Ministrów na pięcioletnią kadencję.

Przewodniczącego Rady powoływano na wspólny wniosek ministra do spraw zdrowia i ministra do spraw finansów publicznych, 4 członków na wniosek ministra do spraw zdrowia, po 1 członku na wniosek ministra obrony narodowej, ministra spraw wewnętrznych, ministra pracy i zabezpieczenia społecznego, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, 2 członków na wniosek Komisji Trójstronnej do Spraw Społeczno-Gospodarczych. W posiedzeniach Rady mogli uczestniczyć przedstawiciele izb zawodów medycznych. Dobór instytucji mających uprawnienia do wskazywania kandydatów do Rady ujawniał zasady ich doboru: mieli reprezentować organy władzy.

Działalnością Funduszu miał kierować prezes Funduszu (reprezentował Fundusz na zewnątrz), którego powoływał i odwoływał prezes Rady Ministrów (w projekcie na wniosek ministra do spraw zdrowia złożony po zasięgnięciu opinii Rady Nadzorczej Funduszu). Premier ustalał jego wynagrodzenie. Kadencja prezesa Funduszu trwała 6 lat, licząc od dnia powołania do dnia powołania jego następcy.



Warto zwrócić uwagę na bardzo silne umocowanie prezesa Funduszu, który jest osobą wybraną przez premiera i jest praktycznie nieusuwalny (jedyne rzeczywiste powody może być związane z niezatwierdzeniem rocznego sprawozdania finansowego), a jego kadencja jest dłuższa niż kadencja parlamentu i rządu. Wobec tego sytuacja „kohabitacji” – prezes ze starego układu politycznego, a rząd i parlament z nowego – jest bardzo prawdopodobna, przy wszystkich konsekwencjach tego stanu rzeczy. Może być to niekiedy trudne, jeśli zważy się, że Rada Ministrów sprawuje swoisty patronat nad Funduszem i to ona przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdanie z działalności Funduszu.

Przy oddziałach wojewódzkich prezes Funduszu powoływał Rady Społeczne. Skład Rady to: 2 członków powoływano na wniosek właściwego Sejmiku Województwa, 1 członka na wniosek wojewody, 2 członków spośród kandydatów przedstawionych przez Związek Powiatów i Związek Miast Polskich; każdy ze związków mógł przedstawić nie więcej niż dwóch kandydatów do poszczególnych rad, po 1 członku powołuje się na wniosek właściwej Izby Zawodów Medycznych oraz po 1 członku na wniosek szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego, komendantów wojewódzkich Policji i Straży Pożarnej. W doborze Rady Społecznej posługiwano się tym samym, co poprzednio, kluczem: w jej pracach mieli brać udział wyłącznie przedstawiciele władz i to tacy, którzy znajdowali aprobatę prezesa Funduszu.

Do zadań Rady Społecznej należało:

- opiniowanie wojewódzkiego planu zdrowotnego,
- opiniowanie projektu krajowego planu, w części odnoszącej się do danego województwa,
- dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

Biorąc pod uwagę sposób powoływania członków Rad Społecznych oraz zakres ich kompetencji, z pełnym uzasadnieniem można stwierdzić, że ich rola była całkowicie fasadowa. Nie miały żadnych uprawnień stanowiących i żadnego narzędzia skutecznego oddziaływania na władze Funduszu.

W skład Funduszu miały wchodzić Centrala i Oddziały Wojewódzkie Funduszu, tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.

Przypomnieć należy, że w strukturze dawnych regionalnych kas chorych występowały ich oddziały terenowe, stosunkowo często zlokalizowane w stolicach dawnych województw, likwidowanych w wyniku reformy administracji publicznej. Oddziały te umożliwiały wykonywanie zadań kas – szczególnie tych dotyczących zawierania umów ze świadczeniodawcami rozrzuconymi w terenie, a także załatwianie formalnych spraw ubezpieczonych, którzy znajdowali się w dużej odległości od siedziby regionalnej kasy. Mimo że oddziały powinny ułatwiać wiele działań, nie brakowało skarg na sprawność działania kas chorych. Proponowana w projekcie dwustopniowa struktura groziła jeszcze większym oddaleniem wojewódzkich oddziałów Funduszu od miejsca, gdzie znajdować się mogli potencjalni partnerzy lub petenci.

W jednostkach organizacyjnych Funduszu powinny być tworzone komórki organizacyjne do spraw jednostek i służb podległych ministrowi obrony narodowej i ministrowi spraw wewnętrznych. Likwidacja branżowej kasy chorych i przejęcie przez Fundusz jej zadań uczyniło takie rozwiązanie niezbędnym. Nie było jednak jasne, na ile powszechne powinny być takie zabiegi organizatorskie. Z pewnością, nie w każdym województwie liczba ubezpieczonych związanych z tymi resortami jest równie duża, a co za tym idzie być może zróżnicowanie sytuacji byłoby przydatne.

### *Plany jako narzędzie działania*

Cały rozdział 7 ustawy został poświęcony planowaniu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Pomijam drobną sprawę językową: potrzeb się nie zabezpiecza (mimo rozpowszechnienia tego rodzaju zwrotu), potrzeby się zaspokaja – lub nie – i w języku prawniczym zwroty takie nie powinny być używane. W tym przypadku autorom ustawy chodziło o wprowadzenie złożonej procedury planistycznej, której przeprowadzenie prowadzi do wielorakich efektów:

- Plany zdrowotne województwa (wytyczne dla wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych);
- Plan zdrowotny dla służb mundurowych (wytyczne dla planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych);
- Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych (liczba oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu);
- Narodowy Plan Zdrowotny, wieloletnia wizja rozwoju (priorytetów) polityki zdrowotnej.

Poza narodowym planem, pozostałe plany miały być jednoroczne i uwzględniać „możliwe do zaspokojenia potrzeby zdrowotne ubezpieczonych”, co miało stać się podstawą – niekiedy tylko pośrednią – zawierania umów przez Fundusz. Struktura mechanizmu tworzenia tych planów jest bardzo skomplikowana i zamierzam tutaj odtworzyć tylko jego najbardziej charakterystyczne cechy.

Plan zdrowotny każdego województwa miał opracowywać Zarząd Województwa, a zatwierdzać Sejmik Województwa w drodze uchwały. Określano w nim najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągania, a także – na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunkowań – ustalano priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

Właściwy terytorialnie oddział wojewódzki Funduszu opiniował wojewódzki plan zdrowotny pod względem możliwości zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania dla ubezpieczonych. Na jego podstawie i wykorzystując inne informacje, oddział opracowywał wojewódzki plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Jeżeli opinia na temat planu zdrowotnego była pozytywna, plan był przekazywany do centrali Funduszu – razem z planem zabezpieczenia świadczeń. Jeżeli opinia była negatywna (Fundusz stwierdzał, że wojewódzki plan zdrowotny nie gwarantował zabezpieczenia do-

stępnosci do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania) oddział wojewódzki Funduszu zamieszczał propozycje zmian, które przekazywał do centrali Funduszu (biorąc pod uwagę wskazane terminy, czynił to bez konsultacji z władzami wojewódzkimi, a więc autorami planu). Podobnie miano postępować z planami przygotowywanymi przez MON i MSWiA, przy czym opinie na ich temat i plany zabezpieczenia świadczeń przygotowywała komórka organizacyjna centrali, zajmująca się problemami służb mundurowych.

Zarząd Funduszu na podstawie wojewódzkich i resortowych planów zdrowotnych opracowywał Projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, uwzględniający opinie, uwagi i propozycje oddziałów wojewódzkich Funduszu. W projekcie tego planu określało się w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu.

Przygotowany przez Zarząd plan miał być przyjmowany przez Radę Funduszu i następnie przekazywany do konsultacji pierwotnym autorom (głównie sejmikom wojewódzkim, ale także wojewodom, którzy w jego opracowaniu nie brali bezpośredniego udziału), a także ministrowi zdrowia. Wszyscy konsultowani mogli wykazać się aktywnością:

- Sejmik Województwa i wojewodowie za pośrednictwem oddziałów wojewódzkich Funduszu mogli wnieść uwagi do przedłożonej im części projektu krajowego planu;

- Minister obrony narodowej i minister spraw wewnętrznych mogli wnieść uwagi do przedłożonego im projektu krajowego planu, w części dotyczącej służb mundurowych;

- Oddziały wojewódzkie Funduszu przekazywały niezwłocznie do Zarządu Funduszu zgłoszone przez Sejmiki Województw uwagi do projektu krajowego planu;

- Minister zdrowia mógł wnieść uwagi do projektu planu krajowego.

Terminy opracowywania planów były bardzo napięte. Sejmik Województwa musiał przekazać uchwalony wojewódzki plan zdrowotny do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczył ten plan. Ten sam termin obowiązywał dla przygotowanego i wspólnie przyjętego planu zdrowotnego dla służb mundurowych (przez ministra obrony narodowej, ministra sprawiedliwości i ministra spraw wewnętrznych).

Plan zabezpieczenia wraz z zaopiniowanym planem zdrowotnym, właściwy oddział wojewódzki Funduszu powinien przekazać do centrali Funduszu najpóźniej do dnia 15 maja roku poprzedzającego rok, którego dotyczył ten plan. W tym samym terminie musiał być przekazany plan opracowany przez oddział Funduszu, w sytuacjach, w których władze województwa nie były w stanie uczynić tego samodzielnie.

Zarząd Funduszu powinien przedstawiać projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia 15 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Rada Funduszu powinna przyjąć projekt krajowego planu do

dnia 30 czerwca. Przyjęty przez Radę Funduszu projekt krajowego planu powinien być przekazywany do konsultacji w ciągu 7 dni.

Sejmik Województwa i wojewoda mogli przedstawić opinie do przedłożonej im części projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca. Podobnie minister obrony narodowej, minister sprawiedliwości i minister spraw wewnętrznych mogli przedstawić Zarządowi Funduszu opinie do przedłożonego planu, a także minister zdrowia mógł wnieść uwagi do projektu krajowego planu.

Po fazie konsultacji odbywa się etap zatwierdzania. Zarząd Funduszu po rozpatrzeniu zgłoszonych opinii i uwag powinien przedstawić projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia 10 sierpnia. Rada Funduszu powinna rozpatrzyć go i przyjąć w terminie do dnia 31 sierpnia, a minister zdrowia zatwierdzić do dnia 15 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Po czym krajowy plan zatwierdzony przez ministra zdrowia Zarząd Funduszu miał przesłać niezwłocznie do oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu jego realizacji

Oprócz tego, jak już wspomniałem, minister zdrowia, na podstawie wojewódzkich i resortowych planów zdrowotnych, powinien przygotować wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, w którym określa się priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia. Narodowy Plan Zdrowotny opracowywany jest na minimum cztery lata i powinien uwzględniać priorytety wskazane przez Radę Ministrów i rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia. Ten plan jednak, choć jego przydatność w kształtowaniu długofalowej polityki zdrowotnej była niewątpliwa, nie wywierał większego wpływu na doraźnie podejmowane decyzje.

Procedura budowania planów była niezwykle złożona i uciążliwa, prowadzona głównie przez Fundusz i ministra zdrowia. Rola samorządów terytorialnych była fasadowa z kilku powodów. Po pierwsze, nie miały one zasobów niezbędnych do kompetentnego przeprowadzenia sprawy – ani ludzi, ani instytucji, ani informacji. Po drugie, nie one podejmowały decyzje. Po trzecie, przy odróżnianiu planów zdrowotnych i planów zabezpieczenia świadczeń, te pierwsze stanowiły pewien ornament, a podstawą decyzji był ten drugi, który był przygotowywany przez oddziały Funduszu, i na którego pomysły władze samorządowe mogły nie mieć żadnego wpływu. Z tego samego powodu krytyczne opinie oddziału o wojewódzkich planach zdrowotnych nie były czynnikiem ważnym proceduralnie, a mogły co najwyżej wpływać na treść planu zabezpieczenia świadczeń. Ustawodawca sam zresztą dezawuuje znaczenie planów, jeśli przyjął, że Fundusz mógł dokonać zmiany krajowego planu w trakcie roku, gdyby było to uzasadnione potrzebami zdrowotnymi osób ubezpieczonych, których nie można było przewidzieć w chwili przyjmowania i zatwierdzania planu, albo w związku z innymi – należy spodziewać się, że mniejszymi – niż prognozowano wpływami do Funduszu.

Przygotowanie planu udzielania świadczeń – co jest skądinąd bezsporne – może odbyć się w sposób znacznie prostszy i mniej kosztowny, bez angażowania całego łańcucha działań, które – zwłaszcza biorąc pod uwagę proponowane

terminy – muszą mieć charakter pozorny. Zarząd Funduszu powinien przedstawić projekt planu finansowego Radzie Funduszu w terminie do dnia 10 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Rada powinna uchwalić plan finansowy nie później niż do dnia 31 sierpnia, a minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów publicznych zatwierdzić go do dnia 15 września. W przypadku niezatwierdzenia uchwały dotyczącej planu finansowego, jeżeli nieprawidłowości uchwały nie zostaną w wyznaczonym terminie usunięte przez organ uchwałodawczy, oraz w przypadku nieuchwalenia planu finansowego na rok następny do dnia 31 sierpnia, minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów publicznych ustala plan finansowy w całości lub w części.

Zatwierdzony plan finansowy Zarząd Funduszu przesyła niezwłocznie do oddziałów wojewódzkich w celu jego realizacji. W tym samym trybie powinien być przekazany plan ustalony przez ministrów, w przypadkach nieuchwalenia planów lub niezatwierdzenia planów uchwalonych.

### ***Koncentracja władzy***

Wewnątrz Funduszu władza była skoncentrowana w rękach prezesa, tak w sensie działań organizatorskich – powoływanie na stanowiska kierownicze lub do ciał kolegialnych – jak i w sensie bieżącego zarządzania. Jako przykład koncentracji można potraktować ustalenie, że indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, takie jak dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń powinny być wnoszone do prezesa Funduszu. Odwołanie od jego decyzji wnoszono również do Prezesa Funduszu. Dopuszczalna była droga sądowa, ale na ogólnych zasadach, bez związku ze sposobem kształtowania władzy w systemie.

Wchodząca w życie wersja ustawy dała mniejszy zakres władzy ministrowi, niż się tego początkowo spodziewano, analizując dokumenty strategiczne i wcześniejszą wersję ustawy. Ostatecznie przyjęto, że minister zdrowia sprawuje nadzór nad organizowaniem Funduszu, a później nad samym Funduszem. Obowiązek taki pociągał za sobą konieczność przygotowania rozporządzeń regulujących różne kwestie organizacyjne (np. działanie rad społecznych, tryb finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, sposób kierowania ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju). Wiele ustaleń dotyczących działania zreformowanego systemu także pozostawiono jego decyzjom, jak np. wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 18. roku życia, zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniający profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a w szczególności profilaktykę w środowisku nauczania. W rękach ministra

pozostawały również rozmaite sprawy jednostkowe, jak kierowanie ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju.

Zasadniczym źródłem władzy ministra był udział w przygotowywaniu planu zabezpieczenia świadczeń, o którym była wyżej mowa. Plan był narzędziem podziału pieniędzy, przede wszystkim w układzie wojewódzkim, ale należało spodziewać się wyodrębnienia innych jeszcze kanałów finansowania, których związek z planami byłby luźniejszy. Prawo ostatecznego zatwierdzania planu, a wcześniej zgłaszania uwag i poprawek, dawało ministrowi możliwość kształtowania strumieni wydatków w sposób w znacznej mierze arbitralny. W ustawie nie wprowadzono żadnego algorytmu podziału i przyznawania środków, a zasada, że plan zabezpieczenia był poprzedzony planem zdrowotnym nie wprowadzała żadnego przejrzystego mechanizmu.

### ***5.5.2. Antycypowane konsekwencje propozycji***

Przez wiele dziesięcioleci wzorem postępowania polityków był model monocentryczny, co było nie tylko wynikiem przekonań politycznych – socjalistyczna służba zdrowia – ale także poglądów na temat tego, jak należy organizować publiczne systemy zdrowotne. Jeszcze w połowie lat 80. w wielu publikacjach wskazywano walory takiego systemu: władza skupiona w ośrodku kierowniczym, któremu według ścisłych przepisów podporządkowane są hierarchicznie inne ogniwa. Jednak w ostatnich latach takie podejście było stopniowo zarzucane, co można było dostrzec w licznych doświadczeniach reformatorskich. Uprawnienia decyzyjne, choć przypisywane na pierwszym miejscu rządowi, powierzone są także wielu aktorom uczestniczącym w działaniach sektora zdrowotnego, które – wraz z postępującą decentralizacją – odgrywają coraz bardziej wpływową rolę. Zmniejszało się powszechnie bezpośrednie angażowanie się organów państwa w organizowanie produkcji świadczeń zdrowotnych. Zwiększał się udział instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, instytucji prywatnych i indywidualnych obywateli, działających w ramach wyznaczonych kompetencji i odpowiedzialności. Wielość ośrodków wykazujących się inicjatywą miała zapewniać systemom siłę rozwojową i innowacyjność, do czego nie były zdolne systemy monocentryczne.

Wprowadzone zmiany poszły w kierunku dokładnie przeciwnym i rząd chciałby coraz bardziej angażować się nie tylko w sterowanie, ale również w podejmowanie wielu wykonawczych decyzji. Z dawnej autonomii kas nie pozostało nic, skoro wszystkie funkcje kontrolne zostały przekazane różnym ciałom administracyjnym. Co gorsza, wiele reguł ustalających granice zadań i zasady współpracy nie zostało ustalonych i czeka na przepisy wykonawcze. Jak napisała jedna z autorek, otwiera to możliwości kształtowania reguł ich funkcjo-

nowania w sposób całkowicie dowolny<sup>79</sup>. Nie tylko wzmacnia to pozycję rządu, ale narusza pewność procedur decyzyjnych, stawiając wielu uczestników wobec arbitralnych rozstrzygnięć władzy. Jak bardzo jest to niebezpieczne, niech świadczą decyzje sądów, w których odrzucano opinie i decyzje podejmowane przez organy administracyjne wobec kas chorych. Stosowanie takiej procedury, możliwe w starym systemie, w nowym będzie wyeliminowane, kiedy oddział Funduszu będzie jego komórką organizacyjną. Chociaż od początku prowadzenia prac nad ustawą o Funduszu było wiadomo, że jej kluczowym elementem będzie ustalenie reguł podziału pieniędzy, nie zrobiono nic, aby problem w ustawie rozwiązać<sup>80</sup>. Jak już pisałem wyżej, twierdzenie, że podstawą podziału będą plany zdrowotne przygotowane przez województwa jest nieprawdziwe, bo to nie one, ale plany zabezpieczenia świadczeń – opracowane przez oddziały Funduszu – będą przesądzały o wielkości przyznawanych środków. Tak więc zarzut, który można tej tendencji przedstawić, dotyczy nie tyle sprawy niezgodności z przeważającymi tendencjami – ponieważ można znaleźć kontrprzykłady – i nie tylko sprawy trudności pozyskania i zgromadzenia w centrum zasobów, niezbędnych do realizowania tak rozbudowanych funkcji zarządczych. Istotny zarzut dotyczy tego, że przy okazji zmian mechanizmu zarządzania w sektorze zdrowotnym zmienia się formułę budowania całego układu decyzyjnego w tej dziedzinie, a szerzej: w państwie. Mówiąc inaczej, zmienia się model uprawiania polityki zdrowotnej, która poprzez daleko idącą koncentrację uprawnień pozbawia go wielu cech demokratycznego modelu podejmowania decyzji (nie twierdzę, że cechy te były realizowane, ale istniejący dotąd układ pozwalał żywić nadzieję, że w przyszłości będzie stawał się coraz bardziej rzeczywistością). Z tego powodu – a nie tylko z obaw dotyczących małego prawdopodobieństwa osiągnięcia pozytywnych wyników efektywnościowych – proponowany kierunek zmian może budzić zaniepokojenie wielu spośród tych, którzy cenią ideały społeczeństwa obywatelskiego. Sądzę, że powinniśmy – jako wspólnota polityczna – wykorzystywać szansę każdej reformy w taki sposób, by do wizji takiego społeczeństwa raczej się przybliżać, niż oddalać. Tym bardziej że w żadnym programie rządowych ugrupowań nie można było znaleźć takich zapowiedzi.

Aby usunąć błędy dostrzeżone w diagnozie i przywrócić konstytucyjną odpowiedzialność rządu za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa, wcale nie był potrzebny postulat likwidowania kas chorych i zastępowania go Narodowym Funduszem Zdrowia. Znaczna część wad polegających na brakach koordynacji została dostrzeżona dużo wcześniej – niektóre były podejmowane przy okazji opracowywania ustawy o ustroju ochrony zdrowia, kiedy ministrem była F. Cegielska, inne zostały podjęte w noweli ustawy o PUZ z lipca 2001 roku, gdzie wskazano różne metody zaradcze. Wiele pozostałych mankamentów można by zlikwidować w ramach istniejących struktur, przy wykorzystaniu już istniejących

---

<sup>79</sup> M. Iżycka-Rączka, *Narodowy Fundusz Zdrowia – projekt ustawy*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 8(65), 2002.

<sup>80</sup> M. Solecka, *Ekspresowo do Funduszu*, Rzeczpospolita, 25.09.2002.

rozwiązań (np. ujednolicenie nazewnictwa świadczeń, już przygotowane przez KZKCh, jeszcze przed jego likwidacją, albo sprawa RUM) lub poprzez niewielkie tylko zmiany prawne dotyczące udziału ministra w powoływaniu rad kas chorych<sup>81</sup>. Pierwotną zaletą utrzymania kas chorych było uniknięcie kolejnej fazy destabilizacji systemu i wykorzystania istniejących i działających instytucji, zamiast podejmowania wysiłku tworzenia nowych instytucji. Bardzo dużym walorem była także możliwość wykorzystania zgromadzonego przez nie potencjału umiejętności w zakresie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych, przygotowywania umów, prowadzenia negocjacji, kontroli wykonania, prowadzenia rozliczeń. Umiejętności te były zdobywane z dużym wysiłkiem i stały się kapitałem nie tylko poszczególnych ludzi, ale także instytucji jako całości. Likwidacja instytucji musi wystawić ten kapitał na straty, niezależnie od tego, jak bardzo będzie się chciało wykorzystać dorobek w działaniach nowo powoływanej instytucji (nawiasem mówiąc, im bardziej dorobek ten miałby być wykorzystany, tym mniejsza zasadność dokonywanej zmiany). Umiejętność poruszania się w nowym systemie, którego najsilniejszym elementem były kasy chorych – co stało się przyczyną zarzutów stawianych pod ich adresem – stała się także udziałem licznych uczestników systemu: świadczeniodawców, organów władzy rządowej i samorządowej, dostawców i pacjentów. Rezygnacja z tego kapitału musi pociągać za sobą koszty; koszt tworzenia nowej instytucji – Funduszu – to nie tylko wydatki, które trzeba ponosić, budując instytucję, ale także koszt korzyści utraconych z powodu czasu, jaki musi upłynąć, nim jej pracownicy zdobędą niezbędną wiedzę, umiejętności i doświadczenie. Jednak żaden z tych problemów nie stał się przedmiotem wymiany merytorycznych argumentów.

Z punktu widzenia zasadności technicznej, jeśli szuka się skutecznych metod realizacji celów, likwidacja kas i tworzenie Funduszu nie były potrzebne. Były natomiast wysoce przydatne – w analizie politycznej warto tropić racjonalne przesłanki wyborów – przynajmniej z następujących względów:

- do wykazania konsekwencji w dotrzymywaniu obietnic składanych w kampanii wyborczej;
- do zademonstrowania otwarcia na oczekiwania opinii publicznej, która niezmiennie wrogo ustosunkowywała się do kas chorych;
- do pozyskania sympatii tych spośród świadczeniodawców, wobec których kasy chorych próbowały odgrywać rolę twardego płatnika i starały się o utrzymanie dyscypliny finansowej;
- do zademonstrowania opinii publicznej, a przynajmniej własnemu elektoratowi, zdecydowania w podejmowaniu działań naprawczych, zdecydowania niewrażliwego na głosy krytyki (hamletyzujące lub wyrażane przez przeciwników politycznych);

---

<sup>81</sup> Można mieć wątpliwości, czy przedstawiona wyżej nowelizacja ustawy o PUZ była „niewielką zmianą”, jeśli w istocie dawała ministrowi głos decydujący i faktycznie eliminowała kontrolę Sejmików Wojewódzkich.



– do zasadniczej zmiany układu sił w procesie decyzyjnym, istotne wzmocnienie władzy centrum, przez likwidację samodzielnie funkcjonujących płaćników oraz osłabienie sejmików wojewódzkich.

Można jednak wyrażać wątpliwości, czy decyzje przygotowane i wdrożone w takich warunkach będą się mogły przyczynić do poprawy działania źle funkcjonującego systemu.

\* \* \*

W neutralnej perspektywie badawczej ostatnie zmiany wprowadzone w systemie mogą być postrzegane jako jedna z licznych faz przekształceń organizacyjnych, z których składa się życie systemów zdrowotnych. Nie można wykluczyć, że jej negatywne skutki, których prawdopodobieństwo pojawienia się jest bardzo duże, zostaną w przyszłości przezwyciężone. Nie można jednak nie dostrzec, jak źle była prowadzona kolejna faza reformy, jak również faktu, że pod tym względem od lat nie następuje żadna poprawa.

## ZAKOŃCZENIE

Efekty reform, a więc ocena osiągniętych dzięki nim postępom jest zawsze daleka od jednoznaczności. Kiedy R. Klein podsumowywał efekty brytyjskiej reformy – czy raczej jedną z kolejnych faz tego przedsięwzięcia – pisał co następuje:

„wyniki okazały się mniej katastrofalne, niż obawiali się przeciwnicy reform, ale znacznie mniej znaczące, niż spodziewali się jej zwolennicy”<sup>1</sup>.

Wydaje się, że podobny sąd można wydać o większości wprowadzonych zmian, niezależnie od kraju, w którym były dokonywane. Należy odnotować, że pierwotne cele rzadko były osiągane, i ogólna efektywność systemów wzrosła nieznacznie lub wcale, przynosząc raczej rozczarowanie, niż spełnienie oczekiwań. Nigdzie nie udało się zachować konsekwencji w dążeniu do pierwotnie zaplanowanych przekształceń. Nawet strategiczne wybory były wielokrotnie zmieniane, zwłaszcza w związku ze zmianami ekip rządzących, ale niekiedy reformy były porzucane, jeśli okazywało się, że koszt ich forsowania jest większy, niż bierność. Na ogół było tak, że wczesnym pomysłem reformatorskim – koniec lat 80. i początek 90. – towarzyszył zapal i bardzo duży optymizm, podejmowanie szeroko zakrojonych projektów przebudowy podstaw systemów, lecz z czasem zdawano sobie coraz bardziej sprawę, że zmiany inkrementalne są znacznie bardziej realistyczne i obciążone mniejszym ryzykiem. Zmieniały się też radykalnie poglądy na temat treści wprowadzanych przekształceń. Początkowo główne nadzieje związane z wprowadzeniem do sektora zdrowotnego elementów rynku – konkurencji, bodźców finansowych, samodzielności decyzji na poziomie instytucji – czemu miała towarzyszyć decentralizacja w zakresie decyzji administracyjnych (ograniczony, czy jak zwykle mówiono: wewnętrzny rynek funkcjonował w symbiozie z administracyjnymi strukturami sektora zdrowotnego). Chociaż rzadko oficjalnie proklamowana, zmieniała się także rola państwa, poprzez zmniejszanie bezpośredniego angażowania w organizację i finansowanie ochrony zdrowia. Znajdowało to wsparcie w neoliberalnych poglądach na jego rolę – zwłaszcza w ich popularnej interpretacji – i pozostawało w zgodzie z kierunkiem wprowadzanych w życie zmian. Chociaż wprowadzanie elementów tego paradygmatu było bardzo głębokim przełomem w sposobach traktowania ochrony zdrowia – jakiś czas wcześniej wręcz niemożliwym do pomyślenia – reformatorzy,

---

<sup>1</sup> Klein R., *Why Britain Is Reorganizing Its National Health Service – Yet Again*, Health Affairs, 1998:111–125.

nie ukrywając nowatorstwa własnych projektów, podkreślali jednak zazwyczaj ciągłość z jakimiś fundamentalnymi zasadami, na których budowany był system. Nawiązanie do czegoś zastanego traktowano nie tylko jako argument socjo-techniczny, ale także jako wskazówkę pragmatyczną: dążono do wykorzystania istniejących struktur. Z czasem jednak w wielu krajach uznano, że specyfika ochrony zdrowia czyni z mechanizmów rynkowych narzędzie mało skuteczne – koncepcja wad rynku została szeroko potwierdzona – a ich stosowanie może przynieść pozytywne skutki tylko pod warunkiem bardzo ostrożnego stosowania. Również konkurencja okazała się mało przydatna – być może z wyjątkiem opieki zarządzanej – i w wielu krajach wycofano się z jej stosowania, zastępując ją współpracą i koordynacją. Decentralizacja, pierwotnie postrzegana jako jedno z uniwersalnych narzędzi naprawy wykazywała swoje ograniczenia i zyskała opinię jednej z metod, która przydatna w jednych warunkach, może okazać się kłopotliwa w innych. Tak więc zgoda w poglądach na temat „dobrych” kierunków reformy – mówiono o wyłaniającym się paradygmacie, a w analizach międzynarodowych podkreślano podobieństwo stosowanych metod – okazała się przejściowym stanem świadomości reformatorów, który nie wytrzymał konfrontacji z rzeczywistością. Niekiedy zmiana poglądów prowadziła do dramatycznych zwrotów – im głębsze były planowane zmiany, tym większe znaczenie zyskiwała rezygnacja z ich kontynuowania. W wielu krajach dążenie do radykalnej zmiany okazywało się niemożliwe do osiągnięcia, albo z powodu trudności w przebudowie instytucji, albo z powodu niskiego prawdopodobieństwa uzyskania sukcesu w postaci poprawy sytuacji, bądź na skutek niecierpliwości okazywanej przez opinię publiczną (wyborców) i elity polityczne. Wiele istniejących instytucji było w stanie przetrwać napór wysiłków reformatorskich lub przekształcić niekorzystne dla siebie zamiary na mechanizmy niezagrażające ich interesom. Szczególnie trwale okazywały się wzorce zachowań, zarówno te zapisane w prawie – jak reguły procesu politycznego – ale także te utrwalone w świadomości i zbiorowej pamięci. Stąd zapewne powrót do starych instytucji – albo przynajmniej ich nazw – jak to miało szeroko miejsce w krajach przechodzących okres transformacji.

O ile treść reform i propozycji zmian instytucjonalnych charakteryzowała się pewną monotonią – nie licząc gwałtownych zmian strategii – o tyle w dziedzinie organizowania zaplecza, które tworzyły pomysły reformatorskie i wspierały implementację, można dostrzec bogactwo wykorzystanych idei. Najczęściej inicjatywa należała do rządów i ministrów zdrowia, ale wykorzystywano tu pełną gamę możliwości, angażując głowy państw, premierów, organizując różnorodne jawne i tajne zespoły i grupy robocze, wykorzystując dorobek grup powstających spontanicznie i inspirując kreatywność środowisk akademickich i profesjonalnych. Co interesujące, nawet w rozwiniętych demokracjach niektóre pomysły były rozwijane w wąskich grupach, bez konsultowania, a nawet informowania nie tylko opinii publicznej, ale także bezpośrednio zaangażowanych grup i środowisk. Były też przykłady lokujące się na przeciwległym biegunie politycznego postępowania, kiedy pogłębione dyskusje fachowców toczyły się przy odsłoniętej kurtynie, przy

dużych możliwościach wykorzystywania w rozwoju idei propozycji zgłaszanych przez różnych uczestników debaty. Tak więc – mimo istnienia licznych recept, jaki powinien być dobry sposób prowadzenia reformy, praktyka dostarczyła tak wielu różnorodnych przykładów, że o żadnym standardzie nie może być mowy. Prawdopodobnie z jednym jednak wyjątkiem: nawet tam, gdzie pierwsze idee były rozwijane w wąskich gronach, przychodził moment przekazania informacji opinii publicznej – mogło się to wiązać z przekazaniem projektu parlamentowi – i wówczas była otwierana bardzo szeroka, swobodna dyskusja. Ostateczna decyzja zawsze była wynikiem układu politycznego – w jej podjęciu z reguły uczestniczyły różne grupy nacisku – ale istniała możliwość publicznego wyważenia przedstawianych argumentów i przyjęcie rozstrzygnięcia wbrew oczekiwaniom opinii publicznej zawsze łączyło się z poważnym ryzykiem odrzucenia autorów nieakceptowanych rozstrzygnięć w kolejnych wyborach.

Zrekonstruowane szkicowo tło międzynarodowych doświadczeń pozwala dostrzec specyfikę polskich reform. Interesujące, że stosunkowo najmniejsze różnice wystąpiły w doborze koncepcji reformatorskich, i to zarówno tych wprowadzanych ewolucyjnie przez lata, jak i w zasadniczym wdrożeniu, które nastąpiło w 1999 roku. Najpierw wprowadzono koncepcję podziału funkcji płatnika i świadczeniodawcy, samodzielnego zakładu i prywatnego świadczeniodawcy, a potem starano się to obudować regułami wewnętrznego rynku, na którym działał silny, publiczny – choć co do tego były wątpliwości – racjonalnie zachowujący się płatnik. Wprowadzenie tytułu ubezpieczeniowego miało unaocznić związek między ponoszeniem wydatków i udzielaniem świadczeń oraz ułatwić równoważenie strumienia zapotrzebowania na świadczenia i ich produkcję. Wprawdzie wdrożenie tych konstrukcji następowało w chwili, kiedy kraje, które je inicjowały, zaczęły się z nich wycofywać, ale nie zmienia to faktu koncepcyjnej bliskości. Także jako wyraźne podobieństwo można potraktować gwałtowne wolty i brak konsekwencji w strategicznych wyborach: odwrót od rynkowych mechanizmów i powrót do centralizacji (koncentracji) były udziałem wielu krajów. Nie jest także polskim wyjątkiem używanie zmian w sektorze zdrowotnym do ukrytego wprowadzania zmian ustrojowych (prywatyzacja za czasów rządu J. Buzka, centralizacja w czasie rządów L. Millera). Brak zainteresowania danymi o zachodzących zmianach również występował w wielu krajach – przypomnijmy monitoring reformy w Wielkiej Brytanii – chociaż nasilenie tego zjawiska w Polsce było zdecydowanie większe, zwłaszcza w dziedzinie danych finansowych. Nie oznacza to jednak, że stawiam tezę, iż w Polsce reformy zdrowotne były prowadzone w sposób całkowicie zbieżny z międzynarodowymi doświadczeniami.

Odrębność i wyjątkowość Polski daje się dostrzec w kilku sprawach. Po pierwsze, wyraźna przewaga dążeń do zerwania z przeszłością, aniżeli do jej – nawet wybiórczego – kontynuowania. Było to w pełni widoczne na początku transformacji, kiedy zrywano z dorobkiem „socjalistycznej” służby zdrowia, zapominając, że występujące tam pojęcie potrzeby musi być stosowane w każdym systemie zdrowotnym, niezależnie od określających go przymiotników. Z przeszłością zrywano, nowelizując w 1998 roku ustawę o PUZ i to tak dalece, że

zmniejszono wysokość składki, wbrew własnym obietnicom wyborczym. Odcinano się od koncepcji koordynacji zarządzania – w imię wolności obywatelskiej – i od integracji opieki – w imię wolnego zawodu. Publiczną odpowiedzialność odrzucano tak dalece, że pieniędzy kas chorych nie chciano traktować jako publicznych i rezygnowano w ten sposób z poddawania działalności kas bardziej skutecznej kontroli. Wreszcie praktyka 2002 roku wyraźnie służyła najpierw zniesieniu samodzielności kas, a potem ich likwidacji, wraz z przywróceniem skoncentrowanej w centrali władzy, egzekwowanej bez jawnych reguł jej sprawowania, zwłaszcza w sferze podziału środków. Podkreślmy, nie twierdzę, że każda z tych koncepcji, traktowana jako idea organizowania systemu, była zła sama w sobie. Złe było gwałtowne zrywanie z koncepcjami głoszonymi i stosowanymi wcześniej i traktowanie tych dramatycznych zmian jako metody poprawy efektywności.

Po drugie, gwałtownym zmianom strategii towarzyszyło odrzucanie zastanego dorobku, zarówno w sferze koncepcji i pomysłów, jak i stworzonych instytucji. Samo dążenie do dużej zmiany nie musi pociągać za sobą tego rodzaju konsekwencji. Możliwe jest przecież krytyczne przetwarzanie wcześniejszych projektów, które – zwłaszcza w dziedzinie rozwiązań technicznych – mogą zawierać wiele dobrych i gotowych do wykorzystania idei. Międzynarodowe doświadczenie wykazało, że repertuar tych rozwiązań jest ograniczony i w kolejnych fazach reformy wraca się do tego, co już było. Rozpoczynanie własnych prac w tej dziedzinie od początku jest zwykle marnotrawstwem i opóźnia czas przygotowania zaawansowanych, a więc zaopatrzonych w instrumentarium techniczne, propozycji. Prawdopodobnie źródłem jeszcze większego marnotrawstwa jest lekceważenie, a niekiedy odrzucanie istniejących instytucji i ich dorobku. Tworzenie instytucji jest zawsze trudnym i kosztownym przedsięwzięciem, wymagającym pokonania barier prawnych, organizacyjnych, finansowych, materialnych, ludzkich i innych. Działająca instytucja ma za sobą pokonanie większości spośród nich, a ponadto ma dodatkowy kapitał: wiedzę i doświadczenie kadry wprowadzonej w wykonywanie zadań stojących przed instytucją. O ile wskazane bariery mogą być – mimo kosztów – pokonane stosunkowo szybko, to kumulacja wiedzy i doświadczenia następuje powoli i w nielicznych tylko przypadkach można ją sztucznie przyspieszyć. Dorobek instytucji – a dodajmy do tego to, co niekiedy określa się jako „pamięć organizacyjną” – jest formą kapitału szczególnie cennego. W polskiej reformie kapitał ten jest trwoniony wyjątkowo bez troski. Najpierw zlikwidowano Krajowy Związek Kas Chorych, potem Urząd Nadzoru Kas Chorych, co uczyniono – paradoksalnie – bez zmiany podstawowych koncepcji reformatorskich. Ostatnią – z dotychczasowych – zmian tego rodzaju była likwidacja kas chorych, które – mimo wszelkich wad – reprezentowały kapitał, o którym była mowa.

Trzecia specyficzna cecha, to dążenie bardziej do zawężania kręgu osób i instytucji uczestniczących w dyskusjach na temat propozycji reformatorskich, aniżeli do ich rozszerzania. Nie mam na myśli fazy samej kreacji, budowania zrębów przygotowywanych do wdrażania rozwiązań, ale fazy konfrontacji

ogólnych idei z oczekiwaniami różnych udziałowców systemu, a także – być może przede wszystkim – z ekspercką wiedzą, będącą w posiadaniu różnych kręgów akademickich i profesjonalnych. Zwykle jako szczególnie cenne traktuje się uwagi formułowane przez autorów niezależnych, albo nawet lokowanych poza kręgiem politycznych przyjaciół. Wtedy bowiem istnieje szansa uzyskania wzbogacającego komentarza, nieskażonego koniunkturalnym pochlebstwem. Tymczasem w Polsce utrwaliła się jak najgorsza tradycja – kiedyś już o tym pisałem – skrupulatnego dzielenia ekspertów na swoich i obcych. Tych pierwszych prosi się o opinie, które mogą, choć nie muszą być wykorzystywane, nie są bowiem ustalone żadne zasady współpracy między decydentami a środowiskami naukowymi. Obcych o nic się nie prosi, ignoruje się ich istnienie – niekiedy demonstracyjnie – a jeśli piszą coś z własnej woli, głos taki może być po prostu niedostrzeżony i nie wymaga żadnej reakcji. Wpływ niezależnych ekspertów – a dotyczy to także przedstawicieli międzynarodowych instytucji lub programów – jest więc zerowy. Jedyna droga, aby problem uważany przez środowiska badawcze za ważny stał się przedmiotem uwagi decydentów, to uruchomienie któregoś z oficjalnie uznawanych udziałowców systemu, takich jak izby zawodów medycznych. Ci udziałowcy często są zapraszani do dyskusji – co niekiedy jest formalnym wymogiem – ale sposób traktowania ich opinii nie otwiera zwykle żadnych możliwości uwzględniania w decyzjach przedstawionych stanowisk. Jakieś nadzieje można wiązać z działaniami mediów, ale wielu politykom udaje się dobrze funkcjonować, mimo bardzo złej współpracy z mediami. Często powtarzana opinia o słabości opinii publicznej i jej znikomym wpływie na bieg wydarzeń jest w pełni potwierdzona w odniesieniu do przebiegu reform zdrowotnych. Warto jednak zwrócić uwagę, że jest to cecha ogólnej sytuacji w Polsce, jakże odmiennej od zasad, które obowiązują w krajach dojrzałych demokracji.

Jest jeszcze czwarta sprawa. Napisałem wyżej, że wykorzystywanie reform zdrowotnych do ukrytego wdrażania różnych przekształceń politycznych jest znane w międzynarodowych doświadczeniach i analizach. Jednak bardzo rzadko zdarzało się, aby reforma była tylko pretekstem kamuflującym dążenia dotyczące zupełnie innych dziedzin, a taki był – w znacznym stopniu – sens propozycji i zmian wprowadzanych w życie w 2002 i na początku 2003 roku. Pierwotnie oczywisty niedostatek diagnozy i nieadekwatność proponowanych narzędzi wobec faktycznie występujących problemów, a także tłumienie merytorycznej dyskusji – jest oczywiste, że w sprawach technicznych prasowa krytyka nie może zastąpić dyskusji fachowców na temat technicznych rozwiązań – wyglądały jedynie na słabe opanowanie sztuki prowadzenia prac reformatorskich. Mogło budzić zdziwienie, że nowi liderzy reformy nie chcą wykorzystywać błędów i doświadczeń poprzedników, ale podstawowy cel – dążenie do poprawy efektywności systemu – nie był poddawany w wątpliwość. Tymczasem już z perspektywy kilku miesięcy można budować opinie odmienne. Nadrzędną racją działań stało się dążenie do koncentracji władzy, zwłaszcza koncentracji kontroli przepływu środków finansowych. Byłoby dobrze – politycznie taki sukces byłby pożądanym – gdyby przy okazji udało się coś naprawić w źle funkcjonującym sys-

temie, ale samo przesunięcie w układzie władzy było sprawą ważniejszą. Tylko w ten sposób – zakładając minimum racjonalności działań – można tłumaczyć łatwość otwierania nowych pól konfliktów. Budowanie dystansu przez konflikt jest zabójcze dla efektywnej współpracy, ale bardzo wygodne przy arbitralnym dysponowaniu środkami. Tylko w ten sposób można wyjaśniać uporeczywość utrzymywania na kierowniczych stanowiskach przedstawicieli bardzo wąskiej grupy współpracowników ministra Łapińskiego, lekceważąc zarówno kryterium fachowości, jak i kryterium publicznego zaufania, którego nie można udzielać osobom podejrzanym o zachowania naganne. Tylko hipoteza o dążeniu do koncentracji władzy może wyjaśniać, dlaczego upierano się przy rozwiązaniach oczywiście błędnych (swoboda wyboru wszystkich świadczeniodawców) lub wysoce wątpliwych, gdzie mimo ponoszenia bardzo dużych kosztów szansa sukcesu była znikoma (wprowadzenie Funduszu). W efekcie tego rodzaju zdarzeń, problemy reformy zdrowotnej wymykają się poza tradycyjnie prowadzone analizy polityki zdrowotnej, a stają się coraz bardziej kwestią dociekań czysto politycznych, w których sprawa skutecznej gry o władzę staje się zagadnieniem bezwzględnie priorytetowym.

Łatwo jest sądzić, że ten sposób podejścia do reformy (w którym co najmniej cztery cechy, wyraźnie różniły go od metod stosowanych w większości krajów), był uwarunkowany politycznie: partie zdobywające władzę chciały podkreślić swój wkład w tworzenie nowego ładu. Jednocześnie kształt instytucji i funkcjonowanie, a także wzory publicznych zachowań, promujące doraźny efekt, a nie strategiczne korzyści ogółu, wyraźnie wzmacniał takie mało efektywne postępowania. Wydaje się jednak, że prowadzenie reformy zdrowia – mam na myśli procedury i toczące się wokół nich gry polityczne – jest szczególnie złej jakości, nawet według stosowanych w Polsce miar. Wynika do także – nie wszczynając sporu o przyczyny najważniejsze – z trudności ustalania kryteriów fachowości, jaka jest niezbędna liderom reformy. W wielu sektorach udało się uzyskać zgodę, na czym polegają niezbędne kompetencje – fakt, że chętnie te ustalenia pomijano, kiedy trzeba było znaleźć posadę dla partyjnego kolegi – w dziedzinie zdrowia jest to ciągle sprawa otwarta. Praktyka, która ciągle trwa, jest taka, że podstawą uznania kompetencji w sprawach reformy zdrowotnej jest wykształcenie medyczne, a najwyższy stopień wtajemniczenia zyskuje się z politycznej nominacji. Żadna pośrednia procedura sprawdzająca nie jest potrzebna i uznaje się, że wiedza jest wprost sprzężona z zajmowanym stanowiskiem. Fachowość staje się w tych warunkach stanem umownym, który może być przyznawany, lub odbierany, w zależności od politycznej koniunktury. Dlatego – być może – nie ma obyczaju zapraszania do udziału w konsultacjach osób, które pełniły wysokie stanowiska w przeszłości – łącznie z ministerialnymi – ponieważ uważa się, że odejście ze stanowiska pozbawiło je nie tylko władzy, ale także wiedzy i doświadczenia, a więc atrybutów fachowca, czy – jak się niekiedy mówi – profesjonalisty. Oczywiście, wysoka pozycja naukowa w świecie medycznym pomaga w byciu uznanym za osobę kompetentną, ale uznanie to manifestuje się głównie w ezoterycznym świecie prestiżu postrzeganego przez opinię publiczną

i nie musi znajdować żadnego przełożenia na udział w procesach decyzyjnych. Niekiedy zresztą słusznie, bo wiedza medyczna, nawet najwyższego lotu, znajduje niewielkie tylko zastosowanie w projektowaniu i wdrażaniu zmian sektora zdrowotnego.

\* \* \*

Po koniec okresu, który był przedmiotem analizy w tej książce, Polska weszła w nową fazę reformy opieki zdrowotnej. Kierunek przekształceń jest istotnie odmienny od tego, jaki był realizowany poprzednio. Nowe idee reformatorskie zawsze wzbudzają nadzieję, a więc i tworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia zostało powitane z pewnym optymizmem. Mam jednak wrażenie, że tym razem optymizm nie jest zbyt duży, a cechy procesu reformatorskiego, utrwalone przez całą dotychczasową praktykę, a zwłaszcza cechy ujawnione w jego ostatniej fazie, poziom tego optymizmu skutecznie redukują.



## PIŚMIENNICTWO

- Aaron H.J., *Competition in the Financing and Delivery of Health Care: Why, When, and How?* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:35–49.
- Abel-Smith B., Mossialos E., *Cost containment and health care reform: a study of the European Union*, Health Policy, 28, 1994:89–132.
- Alford R.R., *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, University of Chicago Press, Chicago 1975.
- Altenstetter Ch., *Health Policy-making in Germany: Stability and Dynamics* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:136–160.
- Altenstetter C., *Implementing EU Regulatory Policy on Medical Devices: The Case of Germany* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:425–462.
- Altman S.H., *The Impact of Changing Government and Private Hospital and Physician Payment Methods in the US Health Care System* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:121–132, s. 129.
- Analiza SWOT reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, MZ, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
- Anderson O.W., *Swedish health care in perspective*, Health Policy, 21, 1992:99–111.
- An Ounce of Prevention. Strengthening the Balance in Health Care Reform*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Issue Paper, May 2000.
- Andrzej Sośnierz już nie kieruje Śląską Kasą Chorych*, Rzeczpospolita, 14.08.2002.
- Ashton T., *From Evolution to Revolution: Restructuring the New Zealand Health System* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:85–93.
- Baker M., *Making Sense of the NHS White Paper*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2000.
- Baran A., *Finanse w ochronie zdrowia* [w:] *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, J. Hryniewicz, red., Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001:75–106.
- Barker C., *The health care policy process*, Sage Publications, London..., 1998.
- Berman P., *Health sector reform: making health development sustainable*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:13–28.
- Biuletyn UNUZ, nr 1, 4 sierpnia 1999 (strony bez numeracji).
- Biuletyn 277/IV (posiedzenie Komisji Zdrowia nr 15, z dnia 25.01.2002).
- Bjorkman J.W., Altenstetter Ch., *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:1–16.

- Brown L.D., Amelung V.E., *Manacled Competition: Market Reforms In German Health Care*, Health Affairs, 18(3), 1999:76–94.
- Brown L.D., Sparer M.S., *Window Shopping: State Health Reform Politics in the 1990s*, Health Affairs, 20(1), 2001:50–67.
- Buchanan J.M., *The Constitution of Economic Policy*, The American Economic Review, 77(3), 1987:243–250.
- Bukiel K., *Poczucie bezpieczeństwa czy bezpieczeństwo?*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.
- Canada Health Act Annual Report 1999–2000*, 2000, www.hc-sc.gc.ca/medicare
- Chernichovsky D., *Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 3, 1995:339–372.
- Chernichovsky D., *What can developing economies learn from health system reforms of developed economies?*, Health Policy, 32, 1995:79–91.
- Chinitz D.P., *Hiding in the Market Place: Technocracy and Politics in Israeli Health Policy* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:109–135.
- Chmielewski R., *Realizacja zasady samorządności w Kasach Chorych*, Przegląd Ubezpieczenia Społecznego i Gospodarczego, 11(56), 2001.
- Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care*, The Netherlands, The Hague 1992.
- Ciarkowski S., *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń przez Kasy Chorych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 7(64), 2002.
- Cichy B., Pawłowski I., Pietrzak R., *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Twigger, Warszawa 1998.
- Cieszewska B., *Monopol na leczenie*, Rzeczpospolita, 12.12.2000.
- Cochrane D., *Managed Care at the Crossroads* [w:] Cochrane D., Aliotta S., Colin-Thome D., Conroy M., Larsen R., Lewis R., *Managed Care and Modernization. A Practitioner's Guide*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001:7–27.
- Corney R.H., *Links between mental health care professionals and general practices in England and Wales: the impact of GP fundholding*. The British Journal of General Practice, 46(405), 1996:221–224.
- Costich J.F., *France, World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:153–172.
- Cribb A., *A Turn for the Better? Philosophical Issues in Evaluating Health Care Reforms* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:171–182.
- Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998.
- Crossroads. Future Options for Swedish Health Care*, The Federation of Swedish County Councils, Stockholm 1991.
- Curtis S., Taket A., *Health societies. Changing perspectives*, Arnold, London..., 1996.
- Czarna księga marnotrawstwa w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Finansów, Biuro Prasowe, 1 czerwca 1998.
- Czarniecka K., *Efekty realizacji Programu Restrukturyzacji Systemu Ochrony Zdrowia w Polsce w latach 1999–2001*, Zdrowie i Zarządzanie, 4(3–4), 2002:7–22.
- Czarniecka K., *Uzupełnienie do publikacji związanych z raportem NIK-u o programie restrukturyzacji w ochronie zdrowia*, Zdrowie i Zarządzanie, 4(3–4), 2002:23.

- Czubek góry lodowej, z ministrem zdrowia Wojciechem Maksymowiczem rozmawiają Ewa Gwiazdowicz i Marek Stankiewicz, *Gazeta Lekarska*, 12, 1997.
- Daniels N., Bryant J., Castano R.A., Dantes O.G., Khan K.S., Pannarunothai S., *Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries*, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 2000:740–750.
- Defever M., *Health care reforms: the unfinished agenda*, *Health Policy*, 34, 1995:1–7.
- Defining the limits of public health*, *The Lancet*, 19 February 2000:587.
- Deklaracja programowa. Unia Wolności wobec szans i zagrożeń dla Polski*. III Kongres Unii Wolności, Warszawa, styczeń 1997.
- Delnoij D., Brenner G., *Importing budget systems from other countries: what can we learn from the German drug budget and the British GP fundholder?*, *Health Policy*, 52, 2000:157–169.
- Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w RP w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Iuris, Warszawa 2001.
- Dercz M., Izdebski H., *Ani efektowna, ani efektywna*, *Rzeczpospolita*, 08.06.2001.
- Derczyński W., *Funkcjonowanie służby zdrowia. Konflikt rząd – lekarze*, Komunikat CBOS, CBOS Serwis Informacyjny, 2/1997.
- Dębińska E.B., *Co słyszeć?* Biuletyn Kas Chorych, nr 15, 1999.
- Diderichsen F., *Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden*, *Health Policy*, 32, 1995:141–153.
- Diderichsen F., *Sweden*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25(5), 2000:931–935.
- Dixon A., Langenbrunner J., Mossialos E., *Facing the challenges of health care financing*, A background paper prepared for USAID Conference, Washington D.C., 29–31 July 2002.
- Do Śląskiej Kasy Chorych wejdą komisarze*, *Rzeczpospolita*, 13.12.2001.
- Downs A., *Decision making in bureaucracy* [w:] *Decisions, organizations and society*, edited by F.G. Castels, D.J. Murray, D.C. Potter, The Open University Press, Harmondsworth 1971:66–85.
- Dyrektor Śląskiej Kasy odwołany*, *Rzeczpospolita*, 20.02.2002.
- Dziubiński R., *Przygotowania reformy ochrony zdrowia w świetle badań NIK*, *Prawo i Medycyna*, 1(4), 1999.
- Eldar R., *Role of Government in Ensuring Quality in Rehabilitative Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:518–521.
- Ellwood P.M., Enthoven A.C., Etheredge L., *The Jackson Hole Initiative for a Twenty-First Century American Health Care System*, *Health Economics*, 1, 1992:149–168.
- Ellwood S., *The Response of Fundholding Doctors to the Market. A study of the influence of market signals on GP fundholder referral patterns for in-patient and day-case procedures*, *Research Reports*, CIMA Publishing, London 1997.
- Enterprise Investors*, *Informacja prasowa*, Antidotum, 6, 2000.
- Epstein L., *The Role of Government in the Promotion of Quality in Health Care* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:413–423.
- Erben R., Franzkowiak P., Wenzel E., *People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing*, *Health Promotion Journal of Australia*, 9(3), 1999:179–182.
- European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies* (Preliminary Version), WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1996.
- Evans R.G., *Going for Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:7–34.

- Evans R.G., *Canada*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:889–897.
- Fierlbeck K., *Canadian Health Care Reform and the Politics of Decentralization* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:17–38.
- Figueras J., McKee M., Lessof S., *Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An Overview, A background paper prepared for USAID Conference*, Washington D.C., 29–31 July 2002.
- Finley J.F., Henderson B., Menon D., *Medical devices regulation in Canada: direction for change*, Health Policy, 28(3), 1994:185–195.
- Firshein J., Sandy L.G., *The Changing Approach to Managed Care* [w:] Isaacs S.I., Knickman J.R., *To Improve Health and Health Care 2001*, The Robert Wood Johnson Anthology, Jossey-Bass, A Wiley Company, San Francisco 2001:77–99.
- Frenk J., *Dimensions of health sector reform*, Health Policy, 27, 1994:19–34.
- Frey D., *Dyrektorzy kas chorych zostają*, Rzeczpospolita, 06.06.2002.
- Fuenzalida-Puelma H.L., *Health Care Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. A Literature Review*, Open Society Institute, Budapest 2002.
- Gaal P., *Hungary* [w:] *World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:329–342.
- Gaffney J.C., Browning S.M., Hirshfeld E.B., *Proposals to reform the U.S. health care system: a critical review*, Health Economics, vol. 1, no. 3, 1992:181–203.
- Gefenas E., *Health Care in Lithuania: From Idealism to Reality* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:121–127.
- Giaimo S., Manow Ph., *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:175–202.
- Gielewska A., *Mariusz popchnie*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.
- Gielewska A., *Błędna diagnoza, błędna terapia*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.
- Gift T., Arnould R., DeBrock L., *Is Healthy Competition Healthy? New Evidence of the Impact of Hospital Competition*, Inquiry, 39, 2002:45–55.
- Glick S.M., *The Role of Government in Medical Education* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:319–342.
- Godinho J., *Integrated Cost-Effective care: The Missing Link between Community, Primary, and Secondary Care* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:43–56.
- Golinowska S., Sowa A., *Abonament i lekarz zakładowy. Udział zakładów pracy w finansowaniu usług zdrowotnych*, Polityka Społeczna, 10, 2001:29–31.
- Golinowska S., *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, PWN, Warszawa 1994.
- Golinowska S., *Problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy. Poprawić, ale gdzie i jak?* Zdrowie i Zarządzanie, 4(5), 2002:91–105.
- Goodin R.E., *Nauka o polityce* [w:] *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1998:211–243.
- Goodwin N., *Leadership and the UK health service*, Health Policy, 51, 2000:49–60.
- Government Resolution on Health 2015 Public Health Programme*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2001.

- Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998.
- Gres S., Groenewegen P., Kressens J., Braun B., Wasem J., *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, *Health Policy*, 60, 2002:235–254.
- Ham C., *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?*, King's Funds, London 2000.
- Hammer J.S., Berman P., *Ends and means in public health policy in developing countries*, *Health Policy*, 32, 1–3, 1995:29–45.
- Harrison M.I., Calltorp J., *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*, *Health Policy*, 50, 2000:219–240.
- Have H.A.M.J., *Choosing Care Health Services in The Netherlands [w:] Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester... 1995:95–100.
- Health Care and Health Care Financing in Sweden: The crisis that never was; the tensions that ever will be*, Den Svenska Sjukvården (SNS), Occasional Paper 33, Stockholm 1991.
- Health Care Systems in Transition. Hungary*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.
- Health Care Systems in Transition. Portugal*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.
- Health Care Systems in Transition. United Kingdom*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 1999.
- Health Care Systems in Transition. Belgium*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.
- Health Care Systems in Transition. Czech Republic*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.
- Health Care Systems in Transition. Germany*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.
- Health Care Systems in Transition. Norway*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.
- Health Care Systems in Transition. Spain*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2000.
- Health Care Systems in Transition. Australia*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. Austria*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. Denmark*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. Italy*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. New Zealand*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.
- Health Care Systems in Transition. Finland*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2002.
- Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:331–347.

- Health Security, The President's Report to the American People*, The White House Domestic Policy Council, Washington D.C., October 1993.
- Healthy People 2010. A Systematic Approach to Health Improvements*, Department of Health & Human Services, Washington D.C. 2001, [www.health.gov/healthypeople/Document](http://www.health.gov/healthypeople/Document)
- Healy J., *Hungary: a cautious reformer*, Euro Observer, 2(1), 2000.
- Henke K-D., Murray M.A., Ade C., *Global budgeting in Germany: Lessons for the United States*, Health Affairs, (13)4, 1994:7–21.
- Hensher M., *The Political and Administrative Environment in Central Asia: Implication for Health Sector Reform* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:95–108.
- Hibner E., *O prywatyzacji szpitali*, Służba Zdrowia, 4–5, 2000.
- Hill B.S., Hinckley K.A., *A Political Analysis of the Political Behavior of Health Interest Groups* [w:] *Health Politics and Policy*, 2nd edition, Th.J. Litman, L.S. Robins (editors), Delmar Publishers Inc. Albany, NY 1991:226–246.
- Hnilicowa H., *Czech Republic* [w:] *World Health Systems. Challenges and Perspectives*, edited by B.J. Fried and L.M. Gaydos, HAP, AUPHA, Chicago, Washington 2002:311–327.
- Hogarth J., *Glossary of Health Care Terminology*, Public Health in Europe 4, Regional Office for Europe, Copenhagen 1978.
- Holland W., *Evidence-based medicine: A commentary*, Euro Observer, nr 3, Winter 2001/2002.
- Hollenberg Ch., *The effect of health care reform on academic medicine in Canada*, Canadian Medical Association Journal, 154(10), 1996:1483–1489.
- Howden-Chapman Ph., Ashton T., *Shopping for health: purchasing health services through contracts*, Health Policy, 29, 1994:61–83.
- Howden-Chapman Ph., Ashton T., *Public purchasing and private priorities for health care in New Zealand*, Health Policy, 54, 2000:27–43.
- Hsiao W.C., *Abnormal economies in the health sector*, Health Policy, 32, 1995:125–139.
- Independent Inquiry into Inequalities in Health*, London 1998, [www.doh.gov.uk/ih/ih.htm](http://www.doh.gov.uk/ih/ih.htm)
- Informacja o wynikach kontroli udostępnienia przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej składników majątkowych podmiotom niepublicznym*, (187/2000/P/99/DZK), Warszawa, grudzień 2000.
- Informacja na temat prac Zespołu ds. Analiz Struktur Organizacyjnych Regionalnych Kas Chorych*, Krajowy Związek Kas Chorych, Warszawa, 04.03.2001.
- Informacja o wynikach kontroli bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną w warunkach reformy administracji publicznej*, NIK, Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej, DZiKF-41006-2000, Nr ewid. 80/2001/P/00/139/DZK, maj 2001.
- International Review of the Swedish Health Care System*, Den Svenska Sjukvarden (SNS), Occasional Paper 34, Stockholm 1991.
- Iżycka-Rączka M., *Kierunki nowelizacji ustawy*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 5(50), 2001.
- Iżycka-Rączka M., *Narodowy Fundusz Zdrowia – projekt ustawy*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 8(65), 2002.
- Jabłoński P., Myczkowska A., Więclaw E., *Bez kontroli*, Rzeczpospolita, 18.01.2002.
- Jost T., *German Health Care Reform: The Next Steps*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 23(4), 1998:697–711.
- Kahn C.N., Pollack R.F., *Building a Consensus for Expanding Health Coverage*, Health Affairs, 20(1), 2001:40–48.
- Kamper-Jorgensen F., *The Danish Government Program on Public Health and Health Promotion*, European Centre for Health Policy, Brussels 2001.

- Kasa w rękach ministra*, Rzeczpospolita, 11.02.2002.
- Kasy Chorych. Nowelizacja Ustawy. 7 marca 1998, Biuro Pełnomocnika Rządu do spraw Wprowadzenia PUZ.
- Kawiorska D., *Narodowe rachunki zdrowia*, maszynopis, 2003.
- Kerr E., *Belgium: Maintaining standards, controlling costs*, Euro Observer, 2(1), 2000.
- Klein R., *The new model NHS: political and managerial dynamics*, Health Care UK. The King's Fund Review of Health Policy, Winter 2000.
- Klein R., *The New Politics of the National Health Service*, Prentice Hall, London 2001.
- Kolm S.-C., *Dystrybucyjna sprawiedliwość* [w:] *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1998:563–593.
- Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 2000.
- Komołowski L., *Huczne zapowiedzi bez spełnienia*, Rzeczpospolita, 13.01.2002.
- Kowalski J., *Dyrektor Sośnierz zostaje*, Rzeczpospolita, 15.05.2002.
- Kowalski J., Solecka M., *Podwyżki dla pielęgniarek są zgodne z konstytucją*, Rzeczpospolita, 19.12.2002.
- Kozłowski A., *Szpitaly kliniczne wobec prywatyzacji*, Szpital Polski, 3, 2000.
- Kraskowski L., *Przewlekła choroba ministerstwa zdrowia*, Rzeczpospolita, 13.06.2000.
- Kraskowski L., *Kasy chorych do naprawy*, Rzeczpospolita, 15.09.2000.
- Krasnik A., *Privatisation in health care: Denmark*, referat na seminarium „Privatisation in health care”, Brussels, 5 November 2002.
- Kriebler T.A., *New Zealand*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:925–930.
- Krytycznie o programie ministra Łapińskiego*, Służba Zdrowia, nr 19–22, 2002.
- La sante en France 2002*, Ministere de l'Emploi et de la Solidarite, Haut Comite de la sante publique, Janvier 2002.
- Laugesen M., Salmond G., *New Zealand health care reform: a background*, Health Policy, 1994:11–23.
- Leatt P., Leggatt S.G., *Governing integrated health delivery systems: meeting accountability requirements*, Health Care Management Forum, Winter, 10(4), 1997:12–22.
- Lee K., Mills A., *Policy Making and Planning in the Health Sector*, Croom Helm, London, Sidney 1985.
- Lee Ph.R., Benjamin A.E., *Health Policy and the Politics of Health Care* [w:] *Introduction to health services*, edited by S.J. Williams, P.R. Torrens, Delmar Publishers INC., NY 1986.
- Leese B., Bosanquet N., *Changes in general practice organization: survey of general practitioners' views on the 1990 contract and fundholding*, The British Journal of General Practice, February, 46(403), 1996:95–99.
- Le Grand J., *Competition, Cooperation, Or Control? Tales from The British National Health Service*, Health Affairs, 18(3), 1999:27–39.
- Le Grand J., *Further Tales from the British National Health Service*, Health Affairs, 21(3), 2002:116–129.
- Lieverdink H., van der Made J., *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London, 1997:109–135.
- Litman Th.J., *Bibliography* [w:] *Health Politics and Policy*, 2nd edition, Th.J. Litman, L.S. Robins (eds), Delmar Publishers Inc. Albany, NY 1991:412–473.
- Living HiT for Spain* (Update April 2002), [www.who.dk/observatory/Hits](http://www.who.dk/observatory/Hits)

- Loewy E.H., *Of Markets, Technology, Patients and Profits* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:149–160.
- Łuczak J., *Kontraktowanie usług medycyny rodzinnej* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOS, Warszawa, listopad 1998:73–82.
- Łyskawa K., Masny M., *Czy będą prywatne Kasy Chorych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 2(35), 2000.
- Maarse H., *Health insurance reform (again) in The Netherlands: will it succeed?* Euro Observer, 4(3), 2002.
- Majcherek J.A., *Nieskuteczna terapia*, Rzeczpospolita, 08.12.2000.
- Maksymowicz A., *Przeciw centralizacji*, Służba Zdrowia, nr 30–33, 2002.
- Malcolm L., Barnett P., *New Zealand's health providers in an emerging market*, Health Policy, 29, 1994:85–100.
- Manga P., *Avoiding fundamental reform: current cost containment strategies in Canada*, Journal of Health and Human Service Administration, 20(4), Spring, 1998:468–501.
- Marleau D., List z 6 stycznia 1995, *Canada Health Act Annual Report 2000–2001*, 2001, www.hc-sc.gc.ca/medicare, Annex C, s. 307–309.
- Marmor T.R., Boyum D., *American Medical Reform: Are We Doomed to Fail?* [w:] Marmor T.R., *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, New Haven & London 1994:123–145.
- Marmor T.R., Goldberg M., *American Medical Reform: Separating Sense from Nonsense* [w:] Marmor T.R. *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, New Haven & London 1994.
- Marmor T.R., Oberlander J., *Review Essay. Political analysis and the welfare state: Can we learn from history?*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20, 1995:211–225.
- Maynard A., Bloor K., *Primary care and health reform: the need to reflect before reforming*, Health Policy, 31, 1995:171–181.
- Mechanic D., *The Americanization of the British National Health Service*, Health Affairs, Summer 1995:51–67.
- Medicover; Ogólne warunki członkostwa Medicover Sp. z o.o., www.medicover.com.pl
- Milewa T., Dowswell G., Harrison S., *Partnership, Power and the "New" Politics of Community Participation in British Health Care*, Social Policy & Administration, 36(7), 2002:796–809.
- Minister zarzuca fałszerstwa*, Rzeczpospolita, 10.12.2001.
- Ministerstwo Zdrowia – Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych, Służba Zdrowia, 20–21, 2000.
- Mooney G., Salmond G., *A reflection on the New Zealand health care reform*, Health Policy, 29, 1994:173–182.
- Morrison I., *Health Care in the New Millennium. Vision, Values, and Leadership*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 2000.
- Mossialos E., Dixon A., *Funding health care in Europe: weighing up the options* [w:] *Funding health care: options for Europe*, E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), Open University Press, Buckingham 2002:272–300.
- Mówi Anna Knysok – pełnomocnik rządu ds. wprowadzenia PUZ*, Biuletyn Kas Chorych, 9, 1999.
- Murray Ch.J.L., *Towards an analytical approach to health sector reform*, Health Policy, 32, 1995:93–109.
- Murray Ch.J.L., Frenk J., *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:717–731.



- Najwyższa Izba Kontroli: *Funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej* (Nr P/99/061), Warszawa 2000.
- Naylor C.D., *Health Care in Canada: Incrementalism Under Fiscal Duress*, Health Affairs, 18(3), 1999:9–26.
- Nee V., *Sources of the New Institutionalism* [w:] *The New Institutionalism in Sociology*, M.C. Brinton, V. Nee (eds), Russel Sage Foundation Publications, New York 2001:1–16.
- New Directions in Health Care Policy*, Health Policy Studies, No. 7, OECD, Paris 1995.
- Nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym: Siedem projektów*, Służba Zdrowia, 14–15, 2000.
- Nowodworska Z.A., *Likwidacja KZKCh i co dalej?* Rozmowa z podsekretarzem w Ministerstwie Zdrowia, minister A. Knysok, Biuletyn Kas Chorych, 6(36), 2001.
- Odpłatność za środki antykoncepcyjne*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, maj 2002.
- Okma K.G.H., *Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, The Hague, May 2001.
- Oliveira M., *Will hospital management reform in Portugal work?* Euro Observer, 4(4), 2002.
- Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002.
- Opinia Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność w sprawie programu Narodowa Ochrona Zdrowia*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.
- Opinia społeczna o reformie ochrony zdrowia*, Profile CBOS. Wtórna analiza danych, Warszawa, grudzień 2000.
- Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy*, Komunikat CBOS 2001, opracował W. Derczyński, [www.cbos.com.pl](http://www.cbos.com.pl)
- Opinie o podniesieniu składki na ubezpieczenie zdrowotne*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, styczeń 2003.
- Oren M., *Implementing Health Reform in Israel: 2000 and Beyond* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:113–116.
- Organizacja świadczeń pomocy doraźnej*, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Sprawozdanie z kontroli przeprowadzonej w pierwszym półroczu 2001, [www.unuz.gov.pl](http://www.unuz.gov.pl)
- Osińska H., *Medycyna szkolna* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOŚ, Warszawa, listopad 1998:111–124.
- Ostlin P., Diderichsen F., *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden*, European Centre for Health Policy, Brussels 2000.
- Ostrowska A., *Pacjent w systemie PUZ*, Oficyna Wydawnicza EDO, Warszawa 2001.
- Oświadczenie ministra zdrowia po spotkaniu z dyrektorami Wojewódzkich Stacji Pogotowia Ratunkowego, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)
- Paterson R., *The Patients' Complaints System in New Zealand*, Health Affairs, 21(3), 2002:70–79.
- Pawłowski I., *Limitowanie świadczeń zdrowotnych*, Rzeczpospolita, 11.07.2002.
- Pędzierski A., *Nowe regulacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 12(57), 2001.
- Pfaff M., Wassener D., *Germany*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5), 2000:907–914.
- Pierwszy rok funkcjonowania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego*. Raport UNUZ, Warszawa, maj 2000.
- Pismo Ministerstwa Edukacji Narodowej, Departament Ekonomiki Edukacji (znak DE-I-0333-027/00 z dnia 6 czerwca 2000 r.)
- Pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, znak MA/960/98.

- Pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia PUZ, znak MA/1035/98.
- Pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego do Rektorów Wyższych Uczelni (znak BIU-076/303/99 z dnia 27.10.1999 r.).
- Pismo Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego do Ministra Edukacji Narodowej (znak MA/2123/00 z dnia 16 maja 2000 r.).
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 (2000, 2001) r.*, GUS, Warszawa 2000, 2001, 2002.
- Polacy, Czesi, Węgrzy i Rosjanie o opiece zdrowotnej w swoich krajach*, CBOS, Warszawa, styczeń 2003.
- Politt Ch., Bouckaert G., *Public management reform. A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford, New York 2000.
- Portes A., Sensenbrenner J., *Embeddedness and Immigration: Notes on the Social of Economic Action* [w:] *The New Institutionalism in Sociology*, M.C. Brinton, V. Nee (eds), Russell Sage Foundation Publications, New York 2001:127–150.
- Powołanie odwołanego*, Rzeczpospolita, 23.02.2002.
- Powszechne ubezpieczenie zdrowotne* [w:] *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOŚ, Warszawa, listopad 1998:171–194.
- Powszechne ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999–2001. Analiza funkcjonowania w świetle doświadczeń UNUZ*, UNUZ, Warszawa, październik 2001.
- Programy polityki zdrowotnej państwa*, Ministerstwo Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego, grudzień 2001.
- Prokuratura stawia zarzuty Sośnierzowi*, Rzeczpospolita, 23.12.2002.
- Putnam R., *Demokracja w działaniu*, Znak i Fundacja Batorego, Kraków, Warszawa 1995.
- Rapicka A., *Rozmowa z A. Steczyńskim, dyrektorem PRKCh*, Biuletyn Kas Chorych, 9, 1999.
- Rathwell T., *Implementing health care reform: a review of current experience* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:385–399.
- Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Rehnberg C., *The organization of public health care*, Health and Society, Linköping University, Linköping 1990.
- Reich M.R., *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy*, Harvard School of Public Health, Boston 1994.
- Reich M.R., *The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy*, Health Policy, 32, 1–3, 1995:47–77.
- Rico A., *Norway: local democracy and improved access*, Euro Observer, 2(1), 2000.
- Robinson J., *The End of Managed Care*, Journal of American Medical Association, 285(20), 2001:2622–2628.
- Rodriguez M., Scheffler R.M., Agnew J.D., *An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?* Health Policy, 51, 2000:109–131.
- Rodwin V.G., *Managed Care in the US: Lessons for French Health Policy* [w:] *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, edited by Ch. Altenstetter and J.W. Bjorkman, Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997:39–58.
- Romanow R.J., *The Shape of Health Care*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002.
- Rose L., *Implementing Health Sector Reform in Central Asia: Context and Lessons Learned* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C. 1999:3–10.

- Rosen R., Florin D., Clarke A., Fulop N., *Improving access, maintaining fairness: will the NHS Plan meet the challenge?* Health Care UK, The King's Fund Review of Health Policy, Winter 2001:19–33.
- Ryś A., *Czy ratownictwo medyczne jest potrzebne?* [w:] *Ratownictwo medyczne w Polsce*, J. Jakubaszko, A. Ryś, red., Wydawnictwo Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002:15–32.
- Saltman R.B., *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:69–74.
- Saltman R.B., *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Systems, April 2002, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)
- Saltman R.B., Busse R., *Balancing regulation and Entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*, R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (eds), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001: 3–52.
- Saltman R.B., Ferroussier-Davis O., *The concept of stewardship in health policy*, Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 2000:732–739.
- Saltman R.B., Figueras J., Sakellarides C., *Assessing the evidence* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:400–408.
- Saltman R.B., von Otter C., *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1992.
- Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, tom 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Savas S., Sheiman I., Tragakes E., Maarse H. *Contracting models and provider competition* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:157–178.
- Savas S., Ustunel A., *Planning the Implementation of Health Sector Reform in Central Asia* [w:] *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, edited by Z. Feachem, M. Hensher, L. Rose, The World Bank, Washington D.C., 1999.
- Saving Lives: Our Healthier Nation*, The Stationary Office, London, July 1999, [www.archive.official-documents.co.uk](http://www.archive.official-documents.co.uk)
- Scott C.D., *Reform of the New Zealand health care system*, Health Policy, 29, 1994:25–40.
- Seedhouse D., *Introduction: The logic of Health Reform* [w:] *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*, edited by D. Seedhouse, John Wiley & Sons, Chichester..., 1995:1–11.
- Sidorko A., *Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych, 6(39), 2000.
- Sidorowicz W., *Wobec groźby rozpadu. Nowy program narodowej ochrony zdrowia*, Służba Zdrowia, nr 26–29, 2002.
- Sienkiewicz T., *Nad czym pracuje resort*, Służba Zdrowia, 47–48, 1999.
- Sikosana P.L.N., Dlamini Q.Q.D., Issakov A., *Health sector reform in sub-Saharan Africa*, ARA Paper, nr 12, WHO, Geneva 1997.
- Skąd pieniądze na wynagrodzenia*, Rzeczpospolita, 30.11.2000.
- Skilimowska M., *W nocy jeden lekarz dla 80 tysięcy pacjentów*, Rzeczpospolita, 22.11.2000.
- Sławatyniec T., *Polityka kontra zdrowy rozsądek*, Służba Zdrowia, 75–77, 2000.
- Smith P.C., *Performance Management In British Health Care: Will It Deliver?*, Health Affairs, 21(3), 2002:103–116.

- Soderlund N., *Hospital Casemix, Costs and Productivity in the NHS Internal Market* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, John Wiley & Sons, Chichester..., 1998:279–297.
- Solecka M., *Niepewny los rynku*, Rzeczpospolita, 29.08.2000; *Partyjne targi, deficyt i afery*, Rzeczpospolita, 17.10.2000; *Chora reforma zdrowia*, Rzeczpospolita, 16.12.2000; *Kasy patrzą w przeszłość*, Rzeczpospolita, 19.11.2001; *Nie pasuje do układu*, Rzeczpospolita, 08.12.2001; *Dymisja albo komisarz*, Rzeczpospolita, 22.11.2001; *Jedni pacjenci stracą, drudzy zyskają*, Rzeczpospolita, 17.04.2002; *Stracili producenci, aptekarze i chorzy*, Rzeczpospolita, 22.10.2002; *Zdrowie bez kas*, Rzeczpospolita, 16.04.2002; *Pomożecie? Nie pomogą*, Rzeczpospolita, 04.12.2002; *Ekspresowo do Funduszu*, Rzeczpospolita, 25.09.2002.
- Solecka M., Torąński B., *Głodówka na znak solidarności*, Rzeczpospolita, 28.11.2000.
- Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. I kwartał 1999, maszynopis, fragment materiału MZiOŚ „Reforma służby zdrowia. Analiza realizacji celów reformy”, maj 1999.
- Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Warszawa 2000.
- Standard zakupu „podstawowej opieki zdrowotnej”. Materiały dla świadczeniodawców i płatników (Standard 2001).
- Stankiewicz A., *Przeobrażeni w polityków*, Gazeta Lekarska, 9, 1998.
- Stanowisko Prezydium NRL w sprawie programu „Narodowa ochrona zdrowia”, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.
- Stanowisko Rektorów Szkół Wyższych Krakowa z dnia 18 grudnia 2000 r. w sprawie zmiany dotychczasowych zasad rejestracji i finansowania świadczeń dla studentów w Małopolskiej Kasie Chorych.
- Steinmo S., Watts J., *It's the Institution, Stupid! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America*, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20(2), Summer 1995:329–371.
- Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego* (przygotował zespół: J.R. Łuczak, A. Roślewski, T. Tomasiuk, A. Windak), Antidotum, 7/98.
- System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Koncepcja, nowelizacja, wdrożenie, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, bez daty.
- Szczepańska M., *Nowy produkt – ubezpieczenie zdrowotne*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zdrowotnych, 3(60), 2002.
- Taroni F., *Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy*, Euro Observer, 2(1), 2000.
- The Future of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, Board of Directors Discussion Paper, October 2001.
- The New Institutional Schools, [www.cepa.newschool.edu/het/schools/newinst](http://www.cepa.newschool.edu/het/schools/newinst)
- The New National Health Service: Modern, Dependable*, Secretary of State for Health, HMSO, London, December 1997.
- The New Zealand Public Health and Disability Bill, 2 August 2000, [www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nz](http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nz)
- The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1992.
- The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1994.
- The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000.

- Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, MZiOS, Warszawa, listopad 1998.
- Travis Ph., Egger D., Davies Ph., Mechbal A., *Towards better stewardship: concepts and critical issues*, Evidence and Information for Policy, WHO, Geneva 2002.
- Tuohy C.H., *The Cost of Constraints and Prospects for Health Care Reform in Canada*, Health Affairs, 21(3), 2002:32–47.
- Tymowska K., *Główny nurt działań reformatorskich – co to oznacza?* Zdrowie i Zarządzanie, 1(3), 1999:13–16.
- Tymowska K., *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce*, Gabinet Prywatny, 3, 2000.
- Tymowska K., *Reforma systemu ochrony zdrowia* [w:] *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa 2001:110–139.
- Uchwała Forum Unii Wolności, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.
- U.S. health care at the cross-roads*, Health Policy Studies, No. 1, OECD, Paris 1992.
- Walshe K., Rundall T.G., *Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care*, The Milbank Quarterly, 79(3), 2001:429–457.
- Walt G., *Implementing health care reform: a framework for discussion* [w:] *Critical challenges for health care reform in Europe*, edited by R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998:365–384.
- White J., *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*, Brookings, Washington D.C. 1995.
- Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Łódź, Kraków, Warszawa 1996.
- Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków, 1998.
- Włodarczyk C., *Funkcje zadane i funkcje realizowane* [w:] *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, pod red. St. Golinowskiej, PBZ, z. 16, IPiSS, Warszawa 1999.
- Włodarczyk C., *Wędrówka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie, 1(2), 1999.
- Włodarczyk C., *Cele reformy opieki zdrowotnej* [w:] *Cztery reformy. Od koncepcji do wdrożenia*, pod red. L. Kolarskiej-Bobińskiej, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2000.
- Włodarczyk C., Sitko J., *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie*, „Vesalius”, Kraków 2000.
- W ocenie SLD. Seminarium klubu parlamentarnego, Służba Zdrowia, 27–29, 2000.
- Worz M., Busse R., *Structural reforms for Germany's health care system?*, Euro Observer, 4(4), 2002.
- Wójtowicz M., *Co to jest prywatyzacja*, Służba Zdrowia, 8–9, 2000.
- Wymiana poglądów profesora z ministrem*, Służba Zdrowia, nr 23–25, 2002.
- Wystąpienia na konferencji małopolskiej SLD „Opieka zdrowotna”, Kraków, 26 marca 2001.
- Zadowolenie z opieki zdrowotnej*. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa, październik 2002.
- Zdaniem UW. II Forum Zdrowia w Krakowie, Służba Zdrowia, 27–29, 2000.
- Zdrowie musi poczekać*, Rzeczpospolita, 17.04.2002.
- Zey M., *Rational choice theory and organizational theory: a critique*, SAGE Publications, London, New Delhi 1998.
- Zmiany w kasach*, Rzeczpospolita, 04.12.2001.
- Zmiany w systemie opieki zdrowotnej*. Komunikat CBOS, [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl)
- Zmiany w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Biuletyn Kas Chorych, 10(40), 2001.

## AKTY PRAWNE

- Ustawa z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tekst zmieniony, Dz. U. z 2002 r., nr 37, poz. 239.
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1991, nr 91, poz. 408, z późn. zm.
- Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 1996 r., nr 91, poz. 410, z późn. zm.
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152, z późn. zm.
- Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 153, z wieloma zmianami.
- Ustawa z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, Dz. U. 1997 r., nr 96, poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie wojewódzkim, Dz. U., nr 91, poz. 576.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, Dz. U., nr 91, poz. 578.
- Ustawa z dnia 24 lipca 1998 o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa, Dz. U., nr 96, poz. 603, z późniejszą zmianą.
- Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, Dz. U. z 1998 r., nr 155, poz. 1014 (tekst pierwotny).
- Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, wersja Dz. U. z 2000 r., nr 48, poz. 550.
- Ustawa z dnia 7 kwietnia 1999 r. o zmianie ustawy o zamówieniach publicznych, Dz. U. z 1999 r., nr 45, poz. 437.
- Ustawa z dnia 15 września 2000 „kodeks spółek handlowych”, Dz. U. z 2000 r., nr 94, poz. 1037.
- Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, Dz. U., nr 122, poz. 1324.
- Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2001 o zmianie ustawy o PUZ, Dz. U., nr 88, poz. 961.
- Ustawa z dnia 24 listopada 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2002 r., nr 200, poz. 1689.
- Ustawa z dnia 13 listopada 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. z 2002 r., nr 230, poz. 1920.
- Ustawa z dnia 7 czerwca 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. z 2002 r., nr 83, poz. 749.
- Ustawa z dnia 1 marca 2002 o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej Dz. U. z 2002 r., nr 37, poz. 329.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. z 2003 r., nr 45, poz. 339, z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Dz. U. z 1998, nr 140, poz. 910, Dz. U. z 2000 r., nr 100, poz. 1083.
- Uchwała SN z dnia 27.04.2001, OSNC161/11/2001.
- Postanowienie SN z dnia 17.11.2001, OSNAP 473/14/2001.

Uchwała NSA z dnia 24.09.2001, ONSA 12/5/2002.

Uchwała NSA z dnia 09.09.2002 r., Pr. Gosp. 23.12.2002.

Uchwała Nr 2/XII/01 Rady Krajowego Związku Kas Chorych z dnia 28 kwietnia 2001.

Uchwała Nr 3/XII/01 Rady Krajowego Związku Kas Chorych z dnia 28 kwietnia 2001.

Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”, Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998 r.

Projekt ustawy z dnia... 1998 r. zmieniającej ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (20 marca 1998).

Projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (wersja z dnia 28 września 1999).

Projekt ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej, druk sejmowy 3058.

W serii NAUKI O ZDROWIU ukazały się:

1. *Managing Health Services in Poland*, edited by Malcolm Whitfield, Marcin Kautsch, Jacek Klich, Kraków 2000
2. Stefania Poznańska, Lucyna Płaszewska-Żywko, *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Kraków 2001
3. *Informacja naukowa w zdrowiu publicznym*, pod red. Piotra Franaszka, Kraków 2001
4. *Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa*, pod red. Marii Kózki, Kraków 2001
5. Maciej Górkiwicz, Janusz Kołacz, *Statystyka medyczna, Podejście praktyczne przy zastosowaniu programu MS Excel*, Kraków 2001
6. Cezary Włodarczyk, Stefan Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001
7. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, pod red. Marcina Kautscha, Malcolm Whitfield, Jacka Klicha, Kraków 2001